

162

REVISTA ARGENTINA DE
MASTOLOGÍA

Órgano de la Sociedad
Argentina de Mastología

Volumen 44
Número 162
Junio 2025



SOCIEDAD
ARGENTINA DE
MASTOLOGÍA
1967 · 2017

SOCIEDAD ARGENTINA DE MASTOLOGÍA

COMISIÓN DIRECTIVA

PRESIDENTE

Dr. Francisco Terrier

VICEPRESIDENTE

Dr.a. María Eugenia Azar

SECRETARIO

Dr. Lucas Cogorno

PROSECRETARIO

Dr. Francisco von Stecher

TESORERO

Dr. Juan Isetta

PROTESORERO

Dr. Roberto Billinghamurst

DIRECTORA DE PUBLICACIONES

Dr.a. Sabrina Barchuk

SUBDIRECTOR DE PUBLICACIONES

Dr. Gastón Berman

SECRETARIA DE ACTAS

Dr.a. Florencia Calvo

VOCALES TITULARES

1° Dra. Gabriela Candás

2° Dra. Carola Allemand

3° Dr. Martín Loza

4° Dra. Verónica Fabiano

5° Dra. Victoria Costanzo

VOCALES SUPLENTES

1° Dr. Andrés Del Castillo

2° Dr. Lisandro Benítez Gil

ÓRGANO DE FISCALIZACIÓN

Dr. Luciano Cassab

Dr. Juan Luis Uriburu

Dr. Eduardo González

ÓRGANO DE FISCALIZACIÓN SUPLENTE

Dr. Federico Coló

Dr. Roberto Elizalde

Dr. Roberto Castaño

REVISTA ARGENTINA DE MASTOLOGÍA

DIRECTORA

Dr.a. Sabrina Barchuk

DIRECTOR EDITORIAL

Dr.a. Sabrina Barchuk

SUBDIRECTOR EDITORIAL

Dr. Gastón Berman

SECRETARIA EDITORIAL

Dr.a. Giselle Pizarro

EDITORES ASISTENTES

Dr.a. Lucrecia Ballarino

Dr.a. Gabriela Candas

Dr.a. María Victoria Costanzo

Dr. Alejandro Di Sibio

Dr.a. Verónica Fabiano

Dr. Pablo Mandó

Dr.a. Ana Mariela Motta

Dr. Juan Paris

Dr.a. María Angélica Pollina

Dr.a. Verónica Sanchotena

Dr. Francisco Von Stecher

Dr.a. Valeria Vidales

Dr.a. Alejandra Wernicke

CONSEJO ASESOR HONORARIO

Dr. Antonio Lorusso

Dr. Edgardo T. L. Bernardello

Dr. Juan Margossian

Dr. Jorge Novelli

Dr. Héctor D. Vuoto

Dr. Aníbal Núñez De Pierro

Dr. Jorge R. Gori

Dr. Roberto Castaño

Dr. Roberto Elizalde

Dr. Federico Coló

Dr. Eduardo González

Dr. Juan Luis Uriburu

EDICIÓN Y DISEÑO

Adosmouse

Estudio de diseño gráfico

adosmouse@gmail.com

CONSEJO ASESOR EDITORIAL INTERNACIONAL

Dr. Cicero De Andrade Urban (Brasil)

Dr.a. Helenice Gobbi, MD, PhD (Brasil)

Dr. Henry Gómez Moreno (Perú)

Dr.a. Ana Lluch (España)

Dr. Vicente Martínez de Vega (España)

Dr. Juan Palazzo (USA)

Dr. Vicente Valero (USA)

SECRETARÍA GENERAL

Marcelo T. de Alvear 1252, 5° piso, Of.

502 C1058AAT - Buenos Aires, Argentina

Tel: (54 11) 4519-8576 / 4519-8577

www.samas.org.ar | info@samas.org.ar

ISSN 0326-2219

Sumario

EDITORIAL

- 5** ¿Se beneficia mi paciente de una mastectomía de reducción de riesgo contralateral?
Dolores Mansilla

SESIONES CIENTÍFICAS

TRABAJOS ORIGINALES

- 9** Mastectomía con conservación del complejo areola - pezón (cap): Seguridad oncológica, aspectos técnicos y complicaciones.
Belén De Fazio, Santiago Acevedo, Gabriela Candás, Lucas Cogorno, Juan M. Isetta, Agustina González Zimmermann, María Agustina Bemí, María Delfina Ocampo, Candela De la Sierra, Juan Luis Uriburu
- 29** Impacto de la estimulación ovárica para preservación de la fertilidad sobre el riesgo de recidiva de cáncer de mama.
María Belén Iriarte, María Florencia Calvo, Carola Allemand, Ana Vinacur, Romina Pesce, Sebastián Marciano, Francisco Corrao
- 43** ¿Sabemos comunicar adecuadamente las malas noticias? Encuesta a los miembros de la sociedad argentina de mastología.
J. Berwart, L.S. Lapuchesky, G.B. Candás
- 52** Reglamento de Publicaciones

Summary

EDITORIAL

- 5** Would my patient benefit from a contralateral prophylactic mastectomy?
Dolores Mansilla

CIENTIFIC SESSION

ORIGINAL ARTICLES

- 9** Nipple-Areola complex (NAC)-Sparing Mastectomy: Oncologic safety, technical considerations, and complications.
Belén De Fazio, Santiago Acevedo, Gabriela Candás, Lucas Cogorno, Juan M. Isetta, Agustina González Zimmermann, María Agustina Bemí, María Delfina Ocampo, Candela De la Sierra, Juan Luis Uriburu
- 28** Impact of ovarian stimulation for fertility preservation on the risk of breast cancer recurrence.
María Belén Iriarte, María Florencia Calvo, Carola Allemand, Ana Vinacur, Romina Pesce, Sebastián Marciano, Francisco Corrao
- 43** Are we adequately communicating bad news? A survey of members of the Argentine Society of Mastology.
J. Berwart, L.S. Lapuchesky, G.B. Candás
- 52** Publications Regulations

¿SE BENEFICIA MI PACIENTE DE UNA MASTECTOMÍA DE REDUCCIÓN DE RIESGO CONTRALATERAL?

Dolores Mansilla

La primera respuesta que podríamos dar es no. Y probablemente estaríamos en lo cierto.

El cáncer de mama contralateral (CMC) ocurre en menos del 10% de las pacientes con cáncer de mama unilateral sin fuerte historia familiar o predisposición genética conocida. En un análisis basado en SEER que incluyó pacientes diagnosticadas entre 1990 y 2015, el riesgo anual de CMC fue de 0,4% y el riesgo acumulado a 25 años, de 9,9%.^{1,2}

Ante estos datos, entendemos que, en la mayoría de los casos, realizar una mastectomía de reducción de riesgo contralateral (MRRC) significa exponer a la paciente a una cirugía de mayor complejidad, con un alto impacto físico y emocional, para evitar un evento poco frecuente y sin que exista un beneficio claro en términos de supervivencia (este beneficio quedaría reservado, quizás, a subgrupos específicos, como las portadoras de mutaciones en BRCA1/2).³

El aumento en la realización de esta cirugía en mujeres con cáncer de mama unilateral -incluso en aquellas sin factores de alto riesgo- nos obliga a reflexionar. ¿Estamos decidiendo en base a biología y evidencia, o en respuesta al miedo (propio o de nuestras pacientes)? La MRRC puede ser una herramienta valiosa en contextos bien definidos, pero también puede transformarse en una forma sofisticada de sobretratamiento.³

"Doctora, sáqueme todo", "no quiero volver a pasar por lo mismo", son frases que escuchamos con frecuencia. Queremos acompañarlas, queremos ayudarlas, pero, ¿qué es lo que las pacientes realmente buscan en la MRRC?

- ¿Reducir la mortalidad? No hay evidencia sólida aún para sostener esto.
- ¿Reducir la posibilidad de nuevos eventos? Esto sí podemos ofrecerle, pero ¡cuidado!, las pacientes suelen sobreestimar los riesgos. Recordemos nuevamente: el CMC no es un evento frecuente y quizás la "paz mental" que buscan se la podamos ofrecer en una discusión con rigor científico. Entendemos que las emociones influyen fuertemente en las decisiones de mayor cirugía y, en ocasiones, los datos numéricos no modifican esas percepciones.⁹ Demos tiempo a la paciente para tomar decisiones desde la información y no desde el miedo, las acompañemos junto a psicooncólogos; le otorguemos un tiempo de "enfriamiento" para tomar la decisión.
- ¿Disminuir la necesidad de seguimiento intensivo con imágenes? Esto también podemos ofrecerle: una buena mastectomía de reducción de riesgo no requiere más que un examen físico adecuado como control.
- ¿Lograr mejor simetría? Con el avance de las técnicas oncoplásticas, la MRRC nunca debería ser utilizada como medida de "mejor simetría".

Aquí radica la importancia del modelo de decisión compartida: los cirujanos debemos facilitar un proceso honesto y empático, donde se aborden tanto los datos objetivos como las emociones que rodean la decisión. Sabemos que los cirujanos influimos de manera significativa en estas decisiones. La recomendación del cirujano es determinante: cuando el cirujano desaconseja la MRRC, la tasa de realización es de apenas 6,1%, frente a un 57,5% cuando no se emite recomendación.⁸

Nuestro análisis y discusión con cada paciente debe centrarse en el riesgo real de nuevos eventos contralaterales, comprendiendo que la realización de una MRRC técnicamente bien ejecutada reduce este riesgo en aproximadamente un 90%.⁴

Pero entonces, ¿cuál es el riesgo real de la paciente que tengo enfrente? ¿Estoy disminuyendo un 90% de qué riesgo? ¿De un 10% a 25 años como en una paciente de riesgo promedio? ¿De un 14,1% a 10 años, como en una paciente sin mutaciones conocidas pero con una madre con cáncer de mama bilateral? ¿O incluso de un ries-

go de hasta 36,3% a 10 años en casos excepcionales, como aquellas mujeres con una familiar de primer grado con cáncer bilateral antes de los 40 años?⁷ ¿O estoy ante una paciente portadora de una mutación genética de alta penetrancia, cuyo riesgo de CMC puede superar el 40% a 15 años, como ocurre en portadoras de mutaciones en BRCA1?³

Es importante destacar que el punto de partida de todo proceso de decisión sobre MRRC debe ser contar con un estudio genético. No debería realizarse una mastectomía de reducción de riesgo contralateral sin un adecuado asesoramiento genético y sin contar previamente con los resultados de un testeo genético amplio.³⁻⁶ Contar nosotros con educación sobre la herencia del cáncer y tener un equipo de asesoramiento genético que nos acompañe es fundamental para poder tomar decisiones adecuadamente junto a nuestras pacientes.

El testeo genético mediante panel multigénico es hoy una de las herramientas más útiles y costo-efectivas para asesorar a pacientes con un diagnóstico reciente de cáncer de mama. Este testeo brinda información clave sobre el riesgo de nuevos primarios mamarios y no mamarios, permite identificar familiares en riesgo, define candidatas a terapias sistémicas específicas y, fundamentalmente, aporta información sobre el riesgo individual de desarrollar un cáncer de mama contralateral, elemento que debe guiar la estrategia sobre la mama contralateral.⁵

La Society of Surgical Oncology y otras guías son claras: la MRRC debería reservarse para pacientes con alto riesgo de cáncer contralateral (mutaciones de alta penetrancia, historia familiar fuerte, irradiación previa de la pared torácica) y debe desaconsejarse en pacientes de riesgo promedio, paciente con enfermedad metastásica, comorbilidades significativas, o cuando la motivación principal sea reducir el riesgo de recurrencia del cáncer índice o mejorar la supervivencia.³

La MRRC es una herramienta quirúrgica valiosa, que puede aportar beneficio en pacientes seleccionadas. Sin embargo, su indicación debe basarse en una adecuada evaluación del riesgo y en un proceso de decisión compartida, que contemple tanto la evidencia científica como las preferencias y emociones de cada paciente. Debemos evitar que su uso se transforme en una respuesta automática al miedo o en un reflejo de percepciones erróneas. Solo así lograremos que cada MRRC realizada sea un verdadero acto de medicina personalizada.

REFERENCIAS

1. Giannakeas V, Lim DW, Narod SA. The risk of contralateral breast cancer: a SEER-based analysis. *Br J Cancer*. 2021;125(4):601–610. ◀
2. Singh P, Agnese D, Amin M, et al. Society of Surgical Oncology Breast Disease Site Working Group Statement on Contralateral Mastectomy: Indications, Outcomes, and Risks. *Ann Surg Oncol*. 2024;31(4):2212–2223. ◀
3. Blondeaux E, Lambertini M, et al. Association between risk-reducing surgeries and survival in young BRCA carriers with breast cancer: an international cohort study. *Lancet Oncol*. 2025. doi:10.1016/S1470-2045(25)00152-4. ◀ ◀
4. Carbine NE, Lostumbo L, Wallace J, Ko H. Risk-reducing mastectomy for the prevention of primary breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;4(4):CD002748. ◀ ◀
5. Tuttle TM, Hui JYC. Breast Cancer Genes and Contralateral Prophylactic Mastectomy: Beyond BRCA. *Ann Surg Oncol*. 2023;30(12):6958–6959. ◀
6. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Breast Cancer Risk Reduction. Version 2.2024. ◀
7. Reiner AS, Sisti J, John EM, et al. Breast cancer family history and contralateral breast cancer risk in young women: an update from the Women's Environmental Cancer and Radiation Epidemiology Study. *J Clin Oncol*. 2018;36(15):1513–1520. ◀
8. Katz SJ, Hawley ST, Hamilton AS, et al. Surgeon influence on variation in receipt of contralateral prophylactic mastectomy for women with breast cancer. *JAMA Surg*. 2018;153(1):29–36. ◀
9. 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. ◀

Mastectomía con conservación del complejo areola - pezón (cap): Seguridad oncológica, aspectos técnicos y complicaciones.

Belén De Fazio¹, Santiago Acevedo², Gabriela Candás², Lucas Cogorno², Juan M. Isetta², Agustina González Zimmermann², María Agustina Bemí², María Delfina Ocampo², Candela De la Sierra², Juan Luis Uriburu³

RESUMEN

Introducción

La mastectomía con conservación de complejo areola- pezón (CAP) es elegida, tanto por el buen resultado cosmético como por la satisfacción del paciente. Su indicación aumentó ya que demostró ser una cirugía segura cuando la paciente es seleccionada correctamente. Uno de los mayores desafíos es la preservación de una adecuada vascularización del CAP y del colgajo.

Objetivo

El objetivo principal de este trabajo fue describir las variables quirúrgicas y clínico patológicas de pacientes con este tipo de mastectomía. Como objetivo secundario, analizamos la tasa de complicaciones y recidiva local.

Materiales y método

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de 124 pacientes con mastectomía con conservación del CAP y reconstrucción in-

1 Fellow del servicio de Mastología. Hospital Británico de Buenos Aires.

2 Médico de Staff del Servicio de Mastología. Hospital Británico de Buenos Aires.

3 Jefe del Servicio de Mastología. Hospital Británico de Buenos Aires.

Mail de contacto: juriburu@hbritancio.com.ar

mediata. Se incluyeron pacientes tanto con indicación terapéutica como de reducción de riesgo. Se analizaron variables quirúrgicas y clínico patológicas.

Resultados

Se determinó que el mayor número de mastectomías con conservación del CAP fue realizado entre 2019 y 2022 y representaron el 90,3% de los casos. Se observó un incremento en el uso del plano prepectoral en la reconstrucción inmediata. El 2,4% de los casos presentó necrosis parcial de pezón y 0,8%, necrosis total de pezón.

Conclusiones

La mastectomía con conservación del CAP es un procedimiento oncológicamente seguro. Consideramos que una minuciosa planificación preoperatoria, la correcta selección del paciente y una delicada técnica quirúrgica, son los factores más importantes para aplicar esta técnica con seguridad oncológica y tener un buen resultado cosmético.

Palabras Clave

Mastectomía con conservación de CAP, necrosis de CAP, reconstrucción mamaria inmediata, vascularización del CAP, complicaciones mastectomía con conservación de CAP.

ABSTRACT

Introduction

Nipple-areola complex (NAC)-sparing mastectomy is chosen both for the good cosmetic result and for patient satisfaction. Its indication has increased as it has proven to be a safe surgery when the patient is correctly selected. One of the greatest challenges is the preservation of adequate vascularization of the NAC and the flap.

Objective

The main purpose of this study is to describe surgical and clinical-pathological variables of patients who underwent this type of mastectomy. As a secondary purpose, we analyzed the rate of complications and local recurrence.

Materials and method

A retrospective, descriptive trial was conducted on 124 patients who underwent NAC-sparing mastectomy and immediate reconstruction. Patients with both therapeutic and risk-reduction indications were included. Surgical and clinical-pathological variables were analyzed.

Results

It was determined that the highest number of NAC-sparing mastectomies was performed between 2019 and 2022 and they represent 90.3% of all cases. An increase in the use of the prepectoral plane in immediate reconstruction was observed. 2.4% of all cases presented partial nipple necrosis and 0.8% total nipple necrosis.

Conclusions

NAC-sparing mastectomy is an oncologically safe procedure. We consider that thorough preoperative planning, correct patient selection and a delicate surgical technique are the most important factors for applying this technique with oncological safety and achieving a good cosmetic result.

Key words

NAC-sparing mastectomy, NAC necrosis, immediate breast reconstruction, NAC vascularization, NAC-sparing mastectomy complications.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento quirúrgico empleado en la cirugía mamaria ha evolucionado notoriamente en las últimas décadas, desde la cirugía radical hasta el tratamiento conservador, logrando preservar la sobrevida libre de enfermedad de las pacientes y mejorando, al mismo tiempo, la calidad de vida en el postoperatorio.¹⁻³ Actualmente, la mastectomía sigue siendo el tratamiento de elección en un 30-40% de los casos, ya sea por indicación terapéutica como de reducción de riesgo.^{1,4} La mastectomía con conservación de complejo areola-pezones (CAP) es una de las técnicas quirúrgicas más elegidas, tanto por el buen resultado cosmético como por la satisfacción del paciente.^{3,4} Su indicación aumentó progresivamente ya que ha demostrado ser

un procedimiento seguro cuando la paciente es seleccionada correctamente.^{1,4,5} Una gran ventaja de este tipo de mastectomía, es que puede realizarse una reconstrucción inmediata en el mismo acto quirúrgico, ya sea con prótesis mamaria transitoria como definitiva.⁵⁻⁷

Sin embargo, una de las preocupaciones relacionadas a este tipo de cirugía es la resección inadecuada de la totalidad del tejido mamario del CAP, pudiendo aumentar el riesgo de recurrencias locales a este nivel.⁸⁻¹⁰ Se han analizado en numerosos estudios la persistencia de tejido tumoral en el CAP luego de este tipo de mastectomía y se encontró que puede variar desde el 1 al 10% de los casos.^{8,11,12} A su vez, la resección de este tejido puede alterar la vascularización del CAP, aumentando así las probabilidades de necrosis del mismo.^{11,12} Esta complicación está descripta como una de las más frecuentes y graves asociadas a esta técnica quirúrgica.¹¹⁻¹³ Se han desarrollado modificaciones en las incisiones quirúrgicas y mejoras en la técnica, con el objetivo de asegurar una adecuada irrigación y preservar la sensibilidad del CAP.¹³⁻¹⁵

Considerando el aumento en la indicación de la mastectomía con conservación del CAP, tanto terapéutica como profiláctica, es necesario un adecuado análisis de las pacientes candidatas a este tipo de cirugía.^{1,5,12}

OBJETIVO

- Describir las variables quirúrgicas y clínico-patológicas de las pacientes a las que se les realizó mastectomía con conservación del complejo areola-pezones con reconstrucción en el Servicio de Mastología del Hospital Británico de Buenos Aires, en el periodo comprendido entre enero 2013 y diciembre 2022.
- Analizar las tasas de complicaciones asociadas a esta técnica quirúrgica.
- Analizar la tasa de recidiva local.

MATERIALES Y MÉTODO

Se efectuó la revisión de las historias clínicas de pacientes tratadas con mastectomía con conservación del CAP con reconstrucción inmediata en el Servicio de Mastología del Hospital Británico de Buenos Aires, en el periodo comprendido entre enero de 2013 y diciembre de 2022. En este mismo periodo se realizaron un total de 1.023 mastectomías, de las cuales 677 fueron con reconstrucción y 346 fueron mastectomías simples o radicales modificadas. Entre aque-

llas realizadas con reconstrucción inmediata, 512 fueron mastectomía con conservación de piel, 39 con reducción de piel y 126 con conservación del CAP.

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de las 126 pacientes a las que se les realizó mastectomía con conservación del CAP con reconstrucción inmediata, todas realizadas con material heterólogo, expansor mamario o prótesis de silicona. No se incluyeron pacientes con reconstrucción con colgajo autólogo.

Se incluyeron pacientes tanto con indicación terapéutica como de reducción de riesgo. Esta última implica la exéresis casi total del tejido glandular mamario con conservación de CAP en pacientes de alto riesgo para cáncer de mama. Se consideraron como criterios para determinar la población de alto riesgo, los antecedentes heredo-familiares de las pacientes incluidas y la detección de variantes patogénicas en genes de alto riesgo de cáncer de mama detectados por estudio genético.

Se excluyeron 2 pacientes de los que no se pudo obtener información completa de datos de historia clínica y tratamiento completo realizado. Por lo que se incluyeron un total de 124 pacientes.

Variables quirúrgicas

En una primera instancia se analizó:

- Indicación de Mastectomía: Terapéutica o de reducción de riesgo.
- Tipo de incisión: radiada, periareolar, submamaria en H6 o submamaria mediolateral.
- Tipo de material heterólogo utilizado para la reconstrucción: expansor mamario o prótesis mamaria.
- Plano muscular de la reconstrucción: pre o retro pectoral.
- En el caso de haber utilizado expansor mamario, tiempo transcurrido hasta el recambio por prótesis definitiva.
- Complicaciones asociadas a la cirugía y el tiempo de aparición de las mismas.

A todas aquellas pacientes con indicación terapéutica de mastectomía con conservación del CAP, se les realizó una biopsia por congelación del área retroareolar.

Variables clínico-patológicas

- Si presentaban antecedentes familiares de primer o segundo grado de cáncer de mama y/o detección de variante patogénica en genes de moderado/alto riesgo para cáncer de mama heredofamiliar.

- Si presentaban tratamiento de radioterapia o quimioterapia previa.

En el caso de las pacientes con indicación terapéutica:

- Histología tumoral

- Tamaño tumoral y localización

- Distancia de la lesión al CAP evaluada por resonancia magnética mamaria.

- Tasa de recidiva local

RESULTADOS

Tabla 1.

	Número de pacientes (n)	Porcentaje (%)
Indicación de Mastectomía		
Terapéutica	61	47.6
Reducción de riesgo	63	52.4
Tipo de reconstrucción		
Expansor mamario	57	46
Prótesis mamaria	67	54
Tipo de incisión realizada		
Submamaria	71	57.3
Submamaria Mediolateral	38	30.6
Radiada	13	10.5
Periareolar	2	1.6

De un total de 124 mastectomías con conservación de CAP con reconstrucción inmediata con material heterólogo, la media de edad de las pacientes fue 44.1 años (rango 29-69 años).

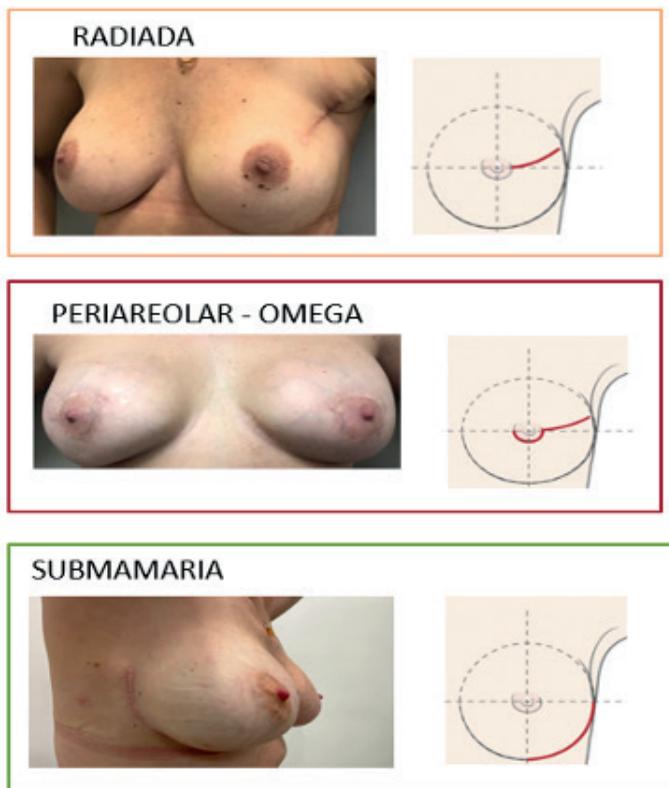
En cuanto a la indicación quirúrgica de mastectomía, 65 fueron cirugías de reducción de riesgo (52.4%) y 59 cirugías fueron terapéuticas (47.6%) (Tabla 1).

Se realizaron un total de 40 mastectomías bilaterales en forma simultánea, es decir un total de 80 mastectomías (64.5%), de las cuales 54 fueron de reducción de riesgo bilateral, 8 fueron terapéuticas bilaterales y 18 casos fueron terapéuticos con MRR con-

tralateral (MRRC). Esta mastectomía está definida como la remoción de la mama sana en la paciente portadora de un carcinoma contralateral.

De aquellas que no fueron bilaterales (44 casos, 35.5%), 42 mastectomías fueron por indicación terapéutica y 2 casos fueron de reducción de riesgo, es decir MRRC. El total de MRRC fue de 11 casos.

Imagen 1. Tipos de incisiones realizadas en las NSM.



Con una media de seguimiento de 20 meses (1-63 meses), se registraron 2 casos de recidivas locorreccionales, lo que representa una tasa de recurrencia de 1.61%.

A todas las pacientes con indicación terapéutica de mastectomía con conservación del CAP, la biopsia intraoperatoria del área retroareolar fue negativa.

Evaluando el tipo y localización de incisión realizadas en las mastectomías, la más frecuente fue la submamaria, 71 casos (57.3%), incisión submamaria medio-lateral 38 casos (30.6%), radiada 13 casos (10.5%) y 2 casos de incisión periareolar (1.6%). (Imagen 1).

En cuanto a la reconstrucción inmediata realizada (Tabla 2), el 54.0% (n=67) fueron con prótesis de silicona, de las cuales 50.8% (n=63), fueron colocadas en el plano prepectoral, y solo 4 casos, retropectoral (6% de las prótesis colocadas). De estas últimas, en 2 pacientes se realizó la técnica de dual plane y 2 con cobertura muscular total. Los 57 casos restantes fueron reconstrucciones con expansor mamario. En el 66.7% de estos se colocó prepectoral y el resto, retropectoral (30.2% de los expansores colocados), 12 casos con técnica de dual plane y 7 casos con cobertura muscular total.

Tabla 2.

Tipo de reconstrucción		
Expansor mamario (n)	Prótesis mamaria (n)	
38 (66.7%)	63 (94%)	Prepectoral
12 (21%)	2 (3%)	Retromuscular (DP)
7 (12.3%)	2 (3%)	Retromuscular (CMT)

Con respecto a las mastectomías reconstruidas con expansor mamario, hubo 34 casos (59.7% del total de las reconstruidas con expansor), que realizaron el segundo tiempo de reconstrucción con prótesis al momento del corte del estudio. La media de tiempo transcurrido para realizar el recambio fue de 9 meses (rango 3-22 meses).

Se determinó que la mayor incidencia de mastectomías con conservación del CAP realizadas en el servicio de Mastología del Hospital Británico de Buenos Aires, se registró entre 2019 y 2022 (90.3%, n=112). Este incremento no solo se observó con el tipo de mastectomía, sino que también en la utilización del plano prepectoral: de 6 casos entre 2013 - 2018, a 95 casos entre 2019-2022 (Gráfico1).

Gráfico 1. Tipos de reconstrucciones inmediatas realizadas en las NSM en el periodo analizado

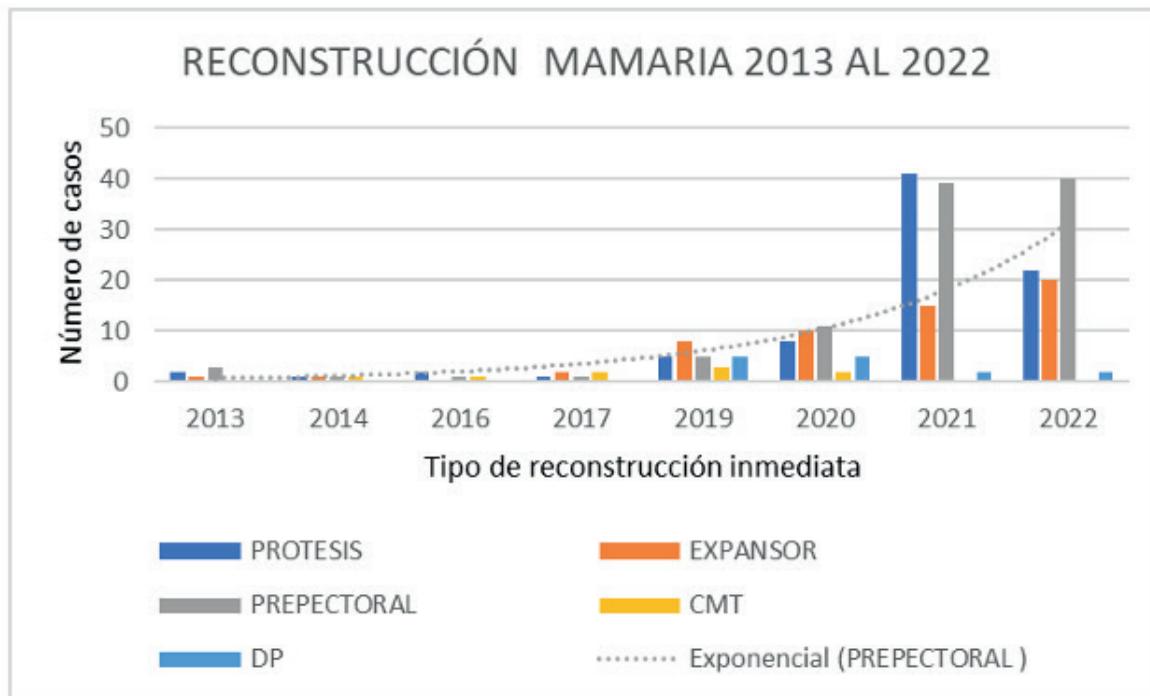


Tabla 3.

Indicación de Mastectomía	Terapéutica (n)	Reducción de riesgo (n)
Antecedentes familiares de 1° / 2° grado	25	48
Variante Patogénica en	BRCA 1	3
	BRCA 2	4
	PALB 2	3
	CHEK 2	3
Radioterapia Previa	24	-
Quimioterapia Previa	2	5

Dentro de las variables clínico-patológicas evaluadas, el 58.6% de todas las pacientes presentaban antecedentes familiares de 1° y 2° grado para cáncer de mama y el 42.7% presentaba detección de variantes patogénicas en genes de alta y moderada penetrancia (Tabla 3).

Del total de pacientes analizados, el 19.3% (n=24) habían recibido radioterapia previamente y el 4% (n=5), radioterapia posterior a la mastectomía. Hubo 9 casos (7.3%) que presentaban antecedente de intervención quirúrgica previa en el sitio quirúrgico por causa oncológica. La indicación de estas mastectomías fue la recidiva local.

En el caso de aquellas con indicación terapéutica, se analizaron el sub tipo histológico tumoral, el estadio y la localización tumoral, la cual fue evaluada mediante estudios de ecografía mamaria y resonancia magnética nuclear con contraste endovenoso con gadolinio (Tabla 4).

Tabla 4.

Mastectomías con Indicación Terapéutica		
Variable tumoral evaluada	Número de Mastectomías (n)	Porcentajes (%)
Subtipo histológico		
Carcinoma ductal infiltrante	35	59.3
Carcinoma ductal In situ	16	27.1
Carcinoma lobulillar infiltrante	6	10.2
Carcinoma papilar invasor	1	1.7
Carcinoma papilar intraquistico	1	1.7
Estadificación (Estadio según TNM)		
In situ	16	27.1
IA	20	33.9
IB	2	3.4
IIA	14	23.7
IIB	5	8.5
III A	2	3.4
III B/C	0	0
Localización tumoral (cuadrante mamario)		
CSE	33	55.9
CSI	9	15.3
CII	9	15.3
CIE	7	11.9
Retroareolar	1	1.7

Tabla 5.

Mastectomías con Indicación Terapéutica		
RMN: Distancia entre lesión tumoral y CAP		
< 1 cm	> 1 cm y < 5 cm	> 5 cm
4 (6.8%)	47 (80%)	5 (8.4%)

A su vez, a partir de la resonancia se evaluó la distancia desde la lesión tumoral hasta el CAP en 56 casos (91.8%). Se determinó si la lesión se encontraba a más de 5 cm, entre 1 y 5 cm o a menos de 1 cm del CAP. Se determinó que el 6.8% (n=4) se encontraba a menos de 1 cm del CAP, 80% (n=47) entre 1 y 5 cm y 8.4% (n=5), a más de 5 cm del CAP (Tabla 5).

Tabla 6.

Complicaciones quirúrgicas						
Tipo de complicación	Número (n)	Indicación quirúrgica	Radioterapia previa	Quimioterapia previa	Incisión quirúrgica	Localización tumoral
Necrosis total de pezón	1	Terapéutica	No	No	Radiada	CIE
Necrosis parcial de pezón	3	Reducción de riesgo	No	No	Radiada/ Submamaria	-
Infección de sitio quirúrgico	2	Terapéutica	1	No	Submamaria medio lateral	CSE
Hematoma	2	Terapéutica	No	No	Submamaria	CSE
Seroma crónico	1	Terapéutica	1	No	Submamaria	CSI

Del total de pacientes analizados, se detectaron 9 complicaciones postoperatorias, representando 7.3% del total (Tabla 6).

Se presentaron 3 casos de necrosis parcial de pezón (2,4% del total de mastectomías), 1 caso de necrosis total de pezón (0.8%), 2 casos de infección de sitio quirúrgico (1.6%), 2 casos de hematoma en sitio quirúrgico (1.6%) y 1 caso de seroma crónico (0.8%).

Los 4 casos de necrosis del CAP, tanto parcial como total, fueron complicaciones asociadas a mastectomías con incisiones radiadas, las cuales representan el 23.1% del total de cirugías con esta incisión (n=13).

En el postoperatorio de las pacientes con radioterapia previa se detectaron solo 2 complicaciones: 1 caso de infección de sitio quirúrgico y un caso de seroma crónico. Se detectaron 5 casos que recibieron radioterapia en lecho de mastectomía y no se identificaron complicaciones asociadas en estos casos.

Se identificaron 2 casos de recurrencia local, determinando una tasa de recurrencia de 1.61%. Estos dos casos, fueron lesiones localizadas en lecho de mastectomía en cuadrante superior y externo alejadas del CAP, en mastectomías con incisiones submamarias. No hubo recurrencias locales en el CAP.

DISCUSIÓN

Las mastectomías conservadoras se empezaron a implementar a partir de los años 90, con el objetivo de lograr un mejor resultado cosimético con una adecuada seguridad oncológica.^{1,14} A fines de siglo se evaluaron, en múltiples estudios, técnicas para determinar el grado de compromiso del CAP y así definir si en un grupo seleccionado

de pacientes este puede ser preservado.¹⁶⁻¹⁸ En 1999 Lyn Hartman publicó que la mastectomía con conservación de CAP era beneficiosa para aquellas pacientes de alto riesgo, reduciendo a un 90% la incidencia de cáncer de mama.¹⁹ Este fue uno de los primeros estudios a partir del cual se impulsaron técnicas para preservar el CAP en las mastectomías. La indicación de esta técnica fue aumentando a lo largo de los últimos años. En nuestro trabajo observamos que esta incidencia también ha aumentado, ya que de los casos incluidos desde 2013 al 2022, el 91.1% (n=113) fueron realizados en los últimos 3 años. Esto se ve puntualmente porque se ha demostrado cada vez más la seguridad oncológica de la técnica y se ha mejorado para evitar las posibles complicaciones asociadas. Actualmente, en las guías del National Comprehensive Cancer Network (NCCN) de 2023 se recomienda este tipo de mastectomía tanto para reducción de riesgo como para terapéutica, excepto aquellas pacientes con demostración prequirúrgica de compromiso del CAP, enfermedad de Paget, carcinoma inflamatorio, secreción por pezón hemática con sospecha de lesión maligna.²⁰ No solo en esta guía, sino en múltiples trabajos, se ha demostrado que este tipo de mastectomía es de elección en ambos escenarios.^{3,9,11,15} En nuestro trabajo se incluyeron pacientes con ambas indicaciones, 52.4% de ellas fueron de reducción de riesgo (MRR) y el 47.6% fueron terapéuticas.

La incidencia de MRR ha ido incrementando en los últimos 10 años, sobre todo en grupos de alto riesgo para carcinoma de mama hereditario.^{3,15,21,22} En este subgrupo de pacientes, varios trabajos han demostrado una notable disminución en la incidencia de tumores primarios de mama, entre un 95-98%.^{19,21,23,24} En nuestro trabajo hemos detectado que, en las pacientes con indicación de reducción de riesgo, el 8,9% fueron mastectomías de reducción de riesgo contralateral. En concordancia con la bibliografía, la gran mayoría de las pacientes analizadas con esta indicación de reducción de riesgo (66.7%) presentaba alguna variante patogénica detectada en genes de moderado o alto riesgo (BRCA1, BRCA2, PALB2, CHEK2), y/o antecedentes familiares de primer y/o segundo grado para cáncer de mama hereditario (76.2%). Se han desarrollado múltiples trabajos evaluando la población que más se podría beneficiar con la MRR.²⁵⁻²⁷ Como ya hemos mencionado, este tipo de mastectomía con reconstrucción inmediata ha tenido una gran aceptación por parte de las pacientes, sobre todo por el buen resultado cosmético obtenido.^{28,29} Sin embargo, el principal interrogante es la posibilidad de tejido mamario remanente detrás del CAP a partir del cual se podría originar un tumor primario maligno. Existen pocos estudios con seguimiento de más de 10 años, que evalúen prospectivamente la incidencia

de desarrollo de lesiones tumorales por tejido remanente, pero en algunos de ellos se concluye que la mastectomía con conservación de CAP es apropiada como técnica quirúrgica para la reducción de riesgo.^{21,30,31} Los criterios para selección de pacientes en MRR en este trabajo fueron similares a los planteados en la bibliografía. No hemos detectado casos de diagnóstico de cáncer de mama ni a distancia en este subgrupo.

En pacientes con indicación terapéutica es de principal interés la seguridad oncológica, la cual fue parámetro de estudio en múltiples trabajos. En la bibliografía consultada, la tasa de detección de lesión remanente en la retro areola oscila entre el 1 y 6%.^{28,32,33} En nuestra población de pacientes no se han detectado lesiones tumorales remanentes luego de la mastectomía con conservación de CAP. La tasa de recurrencia local es otro parámetro de estudio de gran importancia analizado en varios trabajos. Se ha comparado la mastectomía con conservación de CAP con otros tipos de mastectomías, tanto conservadoras como no conservadoras.^{5,9,34,35} En la gran mayoría de ellos, se ha visto que no hubo diferencias entre los diferentes tipos de mastectomías en la tasa de recurrencia local, impacto en la supervivencia libre de enfermedad ni en supervivencia global.^{28,32,33} En nuestro trabajo hemos detectado una tasa de recurrencia del 1.61%, la cual fue similar a las descritas en estos estudios.

En la planificación quirúrgica de estas pacientes, para disminuir la probabilidad de persistencia de tejido tumoral remanente, es fundamental la evaluación de ciertos parámetros en relación a la localización y tamaño del tumor. En primera instancia, se realiza la evaluación a partir de la mamografía y ecografía mamaria, las cuales permiten estimar la localización y el tamaño tumoral.^{7,36,38} Estos estudios mamarios han demostrado ser efectivos a tal efecto.^{36,37} De acuerdo a nuestros resultados, la localización tumoral más frecuente fue en el cuadrante superior externo (55.7%), lo cual se asemeja a lo encontrado en la bibliografía.^{7,36,37} Sin embargo, estos estudios por imágenes no son adecuados para determinar el posible compromiso del CAP.^{7,38,39} El estudio más utilizado por su alta sensibilidad para valoración del compromiso del CAP es la resonancia magnética mamaria con contraste endovenoso con gadolinio. Esto ha sido elemento de estudio en múltiples trabajos, donde se utilizaron diferentes rangos de seguridad para la distancia entre el CAP y la lesión tumoral.^{38,40,41} Inicialmente se consideraba que la mínima distancia del tumor al CAP aceptable para indicar una mastectomía con conservación del CAP, debía ser 2 cm.^{42,43} Sin embargo, estudios más recientes han demostrado que se puede considerar segura una distancia

a partir de 1 cm o, en otros trabajos, hasta 5 mm.^{41,42,44} La distancia de más de 1 cm entre el CAP y la lesión tumoral presenta aproximadamente una sensibilidad de detección de compromiso de CAP entre el 85-89%, por lo que este valor suele ser utilizado al momento de indicar este tipo de mastectomía.^{7,41,44} En nuestro trabajo, en el 93.2% de los casos la lesión se encontraba entre 1 a 5 cm de distancia del CAP, mientras que en solo 4 casos (6.8%), se encontraron a menos de 1 cm. Cabe destacar, que los 2 casos de recurrencia local detectados, fueron en pacientes que inicialmente presentaban lesiones a una distancia entre 1-5 cm del CAP. A diferencia de lo descrito en la bibliografía, ninguna de las pacientes con distancia a menos de 1 cm, desarrolló una recidiva locorregional.

Como hemos mencionado previamente, la técnica quirúrgica se ha ido modificando con el objetivo de preservar correctamente los colgajos de la mastectomía y el CAP con adecuada seguridad oncológica, evitando complicaciones. Para la planificación quirúrgica, entre los aspectos más importantes a destacar, se contemplan los antecedentes quirúrgicos, radioterapia previa, características anatómicas de la mama (volumen mamario, ptosis), tamaño tumoral y localización. De esta forma, se plantea la incisión a realizar y el tipo de reconstrucción inmediata que se llevará a cabo. Se han descrito y analizado diferentes tipos de incisión para esta mastectomía, siendo de mayor interés la evaluación de las complicaciones asociadas, sobre todo la necrosis y alteración de la sensibilidad del CAP.^{13,33,45-47} En estos trabajos no se describe una incisión de elección para este tipo de mastectomía, pero sí se llega a la conclusión que las incisiones periareolares presentan mayores tasas de alteración en la vascularización del CAP con su posible necrosis, tanto parcial como total.^{13,45} En nuestro trabajo, solo el 1.6% de las pacientes tuvieron incisiones periareolares, pero a diferencia de lo planteado en la bibliografía, no desarrollaron complicaciones en el CAP. Las incisiones radiadas en cuadrante superior y externo también tuvieron baja incidencia en nuestro trabajo (10.5%), pero sí hallamos que los casos de necrosis del pezón se encontraban relacionados con esta incisión. En concordancia con las recomendaciones de las distintas publicaciones, en nuestro estudio el 87,9% de las incisiones realizadas fueron submarias, 57.3% medias centradas en H6 y 30.6% mediolaterales. Esto se debe a que la incisión se encuentra alejada del CAP y favorece un adecuado campo para reconstrucción inmediata.

Cuando se comenzó a implementar este tipo de mastectomía, la reconstrucción inmediata solía realizarse preferentemente con colocación de expansor mamario, ya sea prepectoral o retropectoral.⁵⁰

La tasa de incidencia de uso de expansor mamario es del 57.8%. La colocación retropectoral se realizaba con el objetivo de prevenir complicaciones mayores si se presentaba alteración en la vascularización, tanto de los colgajos como del CAP.⁵⁰ Luego, se comprobó en varios trabajos que la colocación retropectoral no modifica significativamente la tasa de complicaciones, por eso se implementa preferencialmente la colocación prepectoral con ella. Se han descrito menos complicaciones como contractura capsular, animación al movimiento y alteraciones en la función del músculo pectoral mayor. En nuestro trabajo, casi la mitad de los casos (46%) se reconstruyeron con expansor. De estos casos, la mayoría fueron colocados en un plano prepectoral (66.7%), lo que coincide con lo planteado en la bibliografía. A su vez, se ha visto una tendencia en la bibliografía de utilizar colocación directa de prótesis mamaria en un plano prepectoral⁵², y esto coincide con lo descrito en nuestro estudio, en donde el 50.1% del total de las pacientes tuvo este tipo de reconstrucción. Esta tendencia evita nuevas intervenciones quirúrgicas y presenta más aceptación por parte de las pacientes.

CONCLUSIÓN

La mastectomía con conservación del CAP es un procedimiento oncológicamente seguro. En nuestra casuística pudimos observar que la tasa de recurrencia local y las complicaciones fueron similares a las publicadas en la literatura, incluso comparables a aquellas pacientes con mastectomía y sin reconstrucción mamaria. Los casos que presentaron recidiva local, nunca fueron en el CAP, sino alejadas de él. Consideramos que una minuciosa planificación pre operatoria, la correcta selección del paciente y una delicada técnica quirúrgica son los factores más importantes para poder aplicar esta técnica con seguridad oncológica y obtener un buen resultado cosmético.

REFERENCIAS

1. Wu ZY, Kim HJ, Lee JW, et al. Breast Cancer Recurrence in the Nipple-Areola Complex After Nipple-Sparing Mastectomy With Immediate Breast Reconstruction for Invasive Breast Cancer. *JAMA Surg.* 2019;154(11):10-30. ◀ ◀ ◀
2. Gil LB, Tabares G, Mignini L, et al. Mastectomía conservadora de piel: Experiencia en el centro de Mastología de Rosario. *Rev. argent. Mastología.* 2014;33(118): 45-47. ◀
3. Candás GB, García AM, Isetta J, et al. Mastectomía de Reducción de Riesgo Contralateral: impacto en la evolución de las pacientes. Experiencia del Hospital Británico. *Rev. argent. Mastología.* 2019; 38: 53-58. ◀ ◀
4. Schreuder K, Van Bommel ACM, De Ligt KM, et al. Hospital organizational factors affect the use of immediate breast reconstruction after mastectomy for breast cancer in the Netherlands. *The Breast.* 2017; 34:96-102. ◀ ◀
5. Xu Y, Pan D, Liu Y, et al. How to accurately preoperative screen nipple-sparing mastectomy candidate—a nomogram for predicting nipple-areola complex involvement risk in breast cancer patients. *World J Surg Oncol.* 2023;21(1):70-76. ◀ ◀
6. Gabriel A, Maxwell GP, Nahabedian MY. *Prepectoral techniques in reconstructive breast surgery.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2019.pp.39-z. ◀
7. Mariscotti G, Durando M, Houssami N, et al. Preoperative MRI evaluation of lesion–nipple distance in breast cancer patients: thresholds for predicting occult nipple–areola complex involvement. *Clin Radiol.* 2018;73(8):735-43. ◀ ◀ ◀
8. Delfino JR, Mosto J, Schejtman D, et al. Compromiso del complejo areola-pezón en pacientes con cáncer de mama. *Rev. argent. Mastología.* 2012; (31)111:180-189. ◀
9. Ziogas D, Roukos DH, Zografos GC. Nipple-Sparing Mastectomy: Overcoming Oncological Outcomes Challenges. *Ann Surg Oncol.* 2010;17(1):323-324. ◀ ◀ ◀
10. Albright EL, Schroeder MC, Foster K, et al. Nipple-Sparing Mastectomy is Not Associated with a Delay of Adjuvant Treatment. *Ann Surg Oncol.* 2018;25(7):1928-35. ◀
11. Weber WP, Haug M, Kurzeder C, et al. Oncoplastic Breast Consortium consensus conference on nipple-sparing mastectomy. *Breast Cancer Res Treat.* 2018;172(3):523-37. ◀ ◀
12. Valero MG, Muhsen S, Moo TA, et al. Increase in Utilization of Nipple-Sparing Mastectomy for Breast Cancer: Indications, Complications, and Oncologic Outcomes. *Ann Surg Oncol.* 2020;27(2):344-51. ◀
13. Park S, Yoon C, Bae SJ, et al. Comparison of complications according to incision types in nipple-sparing mastectomy and immediate reconstruction. *The Breast.* 2020;53:85-91. ◀ ◀
14. Gould DJ, Hunt KK, Liu J, et al. Impact of Surgical Techniques, Biomaterials, and Patient Variables on Rate of Nipple Necrosis after Nipple-Sparing Mastectomy. *Plast Reconstr Surg.* 2013;132(3):330e-8e. ◀ ◀
15. Mc Lean I, Montoya D, Beccar Varela E, Morris B, Barber J. Mastectomía de reducción de riesgo. Experiencia del Centro Mamario del Hospital Universitario Austra. *Rev Argent Cir.* 2020;112(1):16-22. ◀ ◀
16. Mota BS, Riera R, Ricci MD, et al. Nipple- and areola-sparing mastectomy for the treatment of breast cancer. *Cochrane Breast Cancer Group, editor. Cochrane Database Syst Rev* 2016; 11:2-20. ◀
17. Fu M, Chen Q, Zeng L, et al. Prognosis Comparison Between Nipple-Sparing Mastectomy and Total Mastectomy in Breast Cancer: A Case-Control Study After Propensity Score Matching. *Ann Surg Oncol.* 2022;29(4):2221-30. ◀
18. Moyer HR, Ghazi B, Daniel JR, Gasgarth R, Carlson GW. Nipple-Sparing Mastectomy: Technical Aspects and Aesthetic Outcomes. *Ann Plast Surg.* 2012;68(5):446-50. ◀
19. Hartmann LC, Myers JL, Johnson JL, Jenkins RB. Efficacy of Bilateral Prophylactic Mastectomy in Women with a Family History of Breast Cancer. *N Engl J Med.* 1999; 340: 77-84. ◀
20. NCCN Guidelines Version 2.2024- Breast Cancer. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast.pdf ◀
21. Hunt KK, Euhus DM, Boughey JC, et al. Society of Surgical Oncology Breast Disease Working Group Statement on Prophylactic (Risk-Reducing) Mastectomy. *Ann Surg Oncol.* 2017;24(2):375-97. ◀ ◀

22. Chagpar AB. Contralateral Prophylactic Mastectomy: Pros and Cons. *Am J Hematol Oncol*, 2016;12(4):21-24. ◀
23. Geiger AM. A Population-Based Study of Bilateral Prophylactic Mastectomy Efficacy in Women at Elevated Risk for Breast Cancer in Community Practices. *Arch Intern Med*. 2005;165(5):516. ◀
24. Lostumbo L, Carbine NE, Wallace J. Prophylactic mastectomy for the prevention of breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(11):CD002748. Published 2010 Nov 10. ◀
25. Meijers-Heijboer H, Van Geel B, Van Putten WLJ, et al. Breast Cancer after Prophylactic Bilateral Mastectomy in Women with a BRCA1 or BRCA2 Mutation. *N Engl J Med*.2001;345(3):159-64. ◀
26. Domchek SM. Association of Risk-Reducing Surgery in BRCA1 or BRCA2 Mutation Carriers With Cancer Risk and Mortality. *JAMA*.2010;304(9):967. ◀
27. Skytte AB, Crüger D, Gerster M, et al. Breast cancer after bilateral risk-reducing mastectomy. *Clin Genet*. 2011;79(5):431-7. ◀
28. Boneti C, Yuen J, Santiago C, et al. Oncologic Safety of Nipple Skin-Sparing or Total Skin-Sparing Mastectomies With Immediate Reconstruction. *J Am Coll Surg*.2011;212(4):686-93. ◀ ◀
29. Tokin C, Weiss A, Wang-Rodriguez J, Blair SL. Oncologic Safety of Skin-Sparing and Nipple-Sparing Mastectomy: A Discussion and Review of the Literature. *Int J Surg Oncol*. 2012;2012:1-8. ◀
30. Reynolds C, Davidson JA, Lindor NM, et al. Prophylactic and Therapeutic Mastectomy in BRCA Mutation Carriers: Can the Nipple Be Preserved? *Ann Surg Oncol*. 2011;18(11):3102-9. ◀
31. Peled AW, Irwin CS, Hwang ES, Ewing CA, Alvarado M, Esserman LJ. Total Skin-Sparing Mastectomy in BRCA Mutation Carriers. *Ann Surg Oncol*. 2014;21(1):37-41. ◀
32. De La Cruz L, Moody AM, Tappy EE, Blankenship SA, Hecht EM. Overall Survival, Disease-Free Survival, Local Recurrence, and Nipple-Areolar Recurrence in the Setting of Nipple-Sparing Mastectomy: A Meta-Analysis and Systematic Review. *Ann Surg Oncol*. 2015;22(10):3241-9. ◀
33. Ashikari AY, Kelemen PR, Tastan B, Salzberg CA, Ashikari RH. Nipple sparing mastectomy techniques: a literature review and an inframammary technique. *Gland Surg*. 2018;7(3):273-87. ◀ ◀
34. Gerber B, Krause A, Dieterich M, Kundt G, Reimer T. The Oncological Safety of Skin Sparing Mastectomy with Conservation of the Nipple-Areola Complex and Autologous Reconstruction: An Extended Follow-Up Study. *Ann Surg*.2009;249(3):461-8. ◀
35. Gerber B, Krause A, Reimer T, et al. Skin-Sparing Mastectomy with Conservation of the Nipple-Areola Complex and Autologous Reconstruction is an Oncologically Safe Procedure. *Ann Surg*. 2003;238(1):120-7. ◀
36. Loewen MJ, Jennings JA, Sherman SR, et al. Mammographic distance as a predictor of nipple-areola complex involvement in breast cancer. *Am J Surg*. 2008;195(3):391-5. ◀
37. Schecter AK, Freeman MB, Giri D, Sabo E, Weinzweig J. Applicability of the Nipple-Areola Complex-Sparing Mastectomy: A Prediction Model Using Mammography to Estimate Risk of Nipple-Areola Complex Involvement in Breast Cancer Patients. *Ann Plast Surg*. 2006;56(5):498-504. ◀
38. Dent BL, Miller JA, Eden DJ, Swistel A, Talmor M. Tumor-to-Nipple Distance as a Predictor of Nipple Involvement: Expanding the Inclusion Criteria for Nipple-Sparing Mastectomy. *Plast Reconstr Surg*. 2017;140(1):1e-8e. ◀
39. Liao CY, Wu YT, Wu WP, et al. Role of breast magnetic resonance imaging in predicting malignant invasion of the nipple-areolar complex: Potential predictors and reliability between inter-observers. *Medicine (Baltimore)*.2017;96(28):70-78. ◀
40. Piato JRM, Jales Alves De Andrade RD, Chala LF, et al. MRI to Predict Nipple Involvement in Breast Cancer Patients. *Am J Roentgenol*.2016;206(5):1124-30. ◀
41. Mallon P, Feron JG, Couturaud B, et al. The Role of Nipple-Sparing Mastectomy in Breast Cancer: A Comprehensive Review of the Literature. *Plast Reconstr Surg*.2013;131(5):969-84. ◀ ◀
42. Headon HL, Kasem A, Mokbel K. The Oncological Safety of Nipple-Sparing Mastectomy: A Systematic Review of the Literature with a Pooled Analysis of 12,358 Procedures. *Arch Plast Surg*.2016;43(04):328-38. ◀ ◀
43. Steen ST, Chung AP, Han SH, Vinstein AL, Yoon JL, Giuliano AE. Predicting Nipple-Areolar Involvement Using Preoperative Breast MRI and Primary Tumor Characteristics. *Ann Surg Oncol*. 2013;20(2):633-9. ◀
44. Ponzzone R, Maggiorotto F, Carabalona S, et al. MRI and intraoperative pathology to predict nipple-areola

areola complex (NAC) involvement in patients undergoing NAC-sparing mastectomy. *Eur J Cancer*. 2015;51(14):1882-9. ◀

45. Daar DA, Abdou SA, Rosario L, et al. Is There a Preferred Incision Location for Nipple-Sparing Mastectomy? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plast Reconstr Surg*. 2019;143(5):906-19. ◀

46. Carlson GW, Chu CK, Moyer HR, Duggal C, Losken A. Predictors of Nipple Ischemia after Nipple Sparing Mastectomy. *Breast J*. 2014;20(1):69-73. ◀

47. Algaithy ZK, Petit JY, Lohsiriwat V, et al. Nipple sparing mastectomy: Can we predict the factors predisposing to necrosis? *Eur J Surg Oncol EJSO*. 2012;38(2):125-9. ◀

48. Harish V, Haffner ZK, Bekeny JC, Sayyed AA, Song DH, Fan KL. Preserving Nipple Sensitivity after Breast Cancer Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Breast J*. 2022;2022:9654741

49. Djohan R, Gage E, Gatherwright J, et al. Patient Satisfaction following Nipple-Sparing Mastectomy and Immediate Breast Reconstruction: An 8-Year Outcome Study. *Plast Reconstr Surg*. 2010;125(3):818-29.

50. Nigro LC, Blanchet NP. Animation Deformity in Post-mastectomy Implant-Based Reconstruction. *Plast Reconstr Surg - Glob Open*. 2017;5(7):1407. ◀◀

51. Agarwal S, Agarwal S, Neumayer L, Agarwal JP. Therapeutic nipple-sparing mastectomy: trends based on a national cancer database. *Am J Surg*. 2014;208(1):93-8.

52. Urban C, González E, Fornazzari A, Berman G. Prepectoral Direct-to-Implant Breast Reconstruction without Placement of Acellular Dermal Matrix or Mesh after Nipple-Sparing Mastectomy. *Plast Reconstr Surg*. 2022; 150(5):p 973-983. ◀

DEBATE

Dr. Terrier: Muy bien. Felicitaciones por el trabajo. Abrimos la discusión o comentarios al público.

Dr. Berman: Te felicito por la presentación, muy prolija, muy clara. Te felicito por hablar de las debilidades, que eso habitualmente no pasa y es lo que nos permite corregir a futuro.

Dra. De Fazio: Gracias doctor.

Dr. Berman: Tengo dos preguntas puntuales. Hablaste de 39 casos de "skin reducing mastectomy" y en ningún momento las incluiste como "nipple sparing". Vos podés hacer una "skin reducing mastectomy" conservando el pezón. En el caso de ustedes en ninguna situación se conservó.

Dra. De Fazio: En ninguno de esos casos se realizó la conservación del complejo, por eso no fueron incluidas.

Dr. Berman: ¿Cuál fue el motivo, por qué no lo intentan en su práctica habitual?

Dra. De Fazio: En primera instancia, porque en los tumores, por lo menos de los casos que fueron incluidos en este trabajo, fue por la localización tumoral. El grado de reducción que hubo que hacer de la paciente, porque había riesgo en el compromiso del complejo areola-pezón, se decidió directamente no realizar, eran tumores bastante grandes. No eran muchos, por eso eran 39 nada más. Pero bueno, esa es la indicación puntual.

Dr. Berman: Perfecto. La segunda pregunta tiene que ver con la utilización del expansor. En el caso de ustedes está llegando casi al 50% en el contexto de una "nipple sparing". ¿En en qué casos toman la decisión de colocar una prótesis directa en contraposición del expansor? Porque, si bien la reconstrucción mamaria ideal no existe, en la mayoría de las "nipple sparing" uno puede intentar la colocación de prótesis directa. Eso quizás tiene que ver con, no sé si ustedes lo dividieron por años y la evaluación anual, pero...

Dra. De Fazio: Por eso había puesto un gráfico donde puntualmente se veía el aumento de la incidencia de esta técnica dentro del servicio. Entonces, en los últimos años hubo una tendencia muchísimo mayor, no solo en el aumento de la incidencia de la técnica en sí, sino a colocar prótesis prepectora-les. Yo sé que el número de colocación de expansor fue más o menos similar, pero fue previo, en general, el porcentaje de expansores colocados. Colocamos más expansores que prótesis y en primera instancia, de acuerdo al colgajo y al tamaño que podíamos observar en la paciente, se decidía la colocación del expansor en vez de una prótesis, pero eso fue previo al 2019.

Dr. Berman: Perfecto. Para que quede conceptualmente, muy probablemente este mismo trabajo evaluado dentro de 10 años, seguramente va a haber más prótesis que expansores colocados. Creo que eso debería ser el mensaje.

Dra. De Fazio: Exactamente.

Dr. Terrier: En un trabajo lo dividís en dos y hacés la comparación de la última mitad vs. la primera.

Dra. De Fazio: Exactamente, si estuviese comparado sería muy interesante.

Dr. Cassab: Felicitaciones por el trabajo. Yo también había tenido la misma duda, pero pensé que ibas a contestar que optaban por hacer la colocación del expansor en lugar del implante definitivo en pacientes que iban a radioterapia. ¿Esa fue una de las condiciones por la cual optaron por poner el expansor?

Dra. De Fazio: Las pacientes que recibieron radioterapia posterior fueron alrededor de 5 o 6 pacientes, por eso el porcentaje fue muy bajo y justamente en esas pacientes se había realizado la reconstrucción con expansor y fueron previas al 2021.

Dr. Cassab: Con respecto a la resonancia ¿La hacen siempre para ver la distancia entre el tumor y la areola y el pezón para conservarlo o la hacen en tumores que están próximos a la areola y qué ta-

maño eligen o consideran?

Dra. De Fazio: Ese estudio por suerte tenemos la facilidad de poder ofrecérselo a la gran mayoría de las pacientes y fue un parámetro que observamos que nos permite detectar la distancia tumoral y se suele pedir habitualmente. Dentro de nuestra estadística hubo únicamente 3 pacientes que no pudimos incluir por que no pudieron realizar la resonancia, pero en general la presentan y por eso nos ayuda a definir qué tipo de técnica podemos implementar con la paciente, además de la clínica, obviamente.

Dr. Terrier: Son pacientes que si tienen dudas no están en el trabajo, pero han ido a una mastectomía conservadora de piel, pero no de areola-pezón.

Dra. De Fazio: Exactamente, sí, con reconstrucción.

Dr. Terrier: Son pocos los casos, pero observaba eso porque es una cosa que siempre tengo en mente en este último tiempo, el cambio de la herida en hora 6 a la lateralización. Todos conocemos las 3 perforantes ¿Pero ninguna o solo una de las necrosis era en hora 6?

Dra. De Fazio: En una que fue medio lateral.

Dr. Terrier: Medio lateral, no en hora 6.

Dra. De Fazio: No.

Dr. Terrier: Si bien la teoría indica que haciéndola más lateral vas a tener menos necrosis, no es algo que han visto, tampoco ven demasiadas necrosis.

Dra. De Fazio: No lo hemos visto. Como bien me remarcaba el doctor, una de nuestras debilidades, creo que fue el corto tiempo de seguimiento de las pacientes, por lo que creo que sí podemos evaluar si hubiéramos incorporado tal vez más tiempo de seguimiento hubiéramos encontrado mayores complicaciones asociadas.

Dr. Terrier: Pero la necrosis no depende del tiempo de seguimiento, es inmediata.

Dr. Scura (Paraguay): ¿Qué criterios tuvieron para conservar o para no conservar el pezón? ¿Distancia

o positividad en la biopsia?

Dra. De Fazio: Las dos cosas. Para planificar la cirugía, primero teníamos el análisis clínico del paciente imagenológico, lo cual nos daba un margen de seguridad para poder ofrecer la técnica quirúrgica y el tipo de reconstrucción y a nivel intraoperatorio de acuerdo a dónde estaba localizado el tumor, podíamos ofrecer diferentes incisiones para determinar si era necesaria la resección intraoperatoria del complejo o no.

Dr. Scura (Paraguay): En definitiva ¿Fue la histología lo que determinó la conservación, no la cercanía del tumor al pezón?

Dra. De Fazio: Fueron las dos cosas.

Dr. Scura (Paraguay): ¿Un tumor a 1 cm con biopsia areolar libre, conservan o no?

Dra. De Fazio: Sí, se conserva.

Dr. Billinghamurst: Te felicito por el trabajo. En el momento de la indicación sabemos que hay situaciones en las que son carcinomas multicéntricos que uno inevitablemente debe proponer hacer este tipo de cirugías, pero en el ambiente que trabajo, con muchas lesiones no palpables, básicamente no veo tumores grandes, salvo esos multicéntricos. ¿La indicación de dónde sale, quién origina esta "nipple sparing skin mastectomy"? Ustedes la proponen o el paciente decide o prefiere para no hacer radioterapia, porque cada vez nos piden más este tipo de cirugía, aún cuando no son BRCA o porque no quieren hacer radioterapia o no quieren pasar por lo mismo. ¿Ustedes son los que lo proponen o notan que el tipo de paciente propone este tipo de cirugía?

Dra. De Fazio: Como tendencia, siempre intentamos ser lo más conservadores posibles, y dar el mejor resultado, siempre con la seguridad oncológica en mente, dar el mejor resultado cosmético para el paciente.

Dr. Billinghamurst: Una paciente que puede hacerse una cirugía conservadora estándar, pero que les

pide este tipo de cirugía ¿Ustedes no se la hacen o le dicen, no, se tiene que hacer estándar y con radioterapia?

Dr. De Fazio: No. Creo que es una charla que tenemos con el paciente en donde se le explica puntualmente el riesgo y qué beneficio le podemos otorgar haciendo la mastectomía vs. un tratamiento conservador, cuando no tenemos la identificación de que esta paciente sea, por ejemplo, BRCA mutada, aquella que sabemos que le vamos a hacer una reducción de riesgo significativa. Entonces, entendiendo la paciente, después ella define qué opciones tomar. Obviamente siempre se respeta la decisión del paciente, pero siempre se explica dónde está la indicación terapéutica.

Dr. Billinghamurst: Te lo pregunto porque cada vez lo piden más.

Dr. Cogorno: Me parece que tiene que quedar claro que esta técnica debe garantizar una seguridad oncológica, con un buen resultado estético y disminuyendo la chance de complicaciones. A tu pregunta, doctor Billinghamurst, me parece que tiene indicaciones precisas, entonces el secreto es seleccionar bien a la paciente y porque la paciente lo pida, si no están dadas las condiciones para hacer esta técnica le decimos que no. Los casos ideales son mamas no muy grandes, no muy péndulas, pacientes con un IMC acorde, no fumadoras, no diabéticas, sin radioterapia. Ese es el caso ideal. Entonces yo creo que la indicación es fundamental para disminuir las complicaciones y garantizar la eficacia oncológica.

Del Castillo: Buenas tardes, felicitaciones, doctora. Con respecto a las biopsias de retro pezón, en las terapéuticas y la reducción de riesgo ¿La hacen siempre a todas?

Dra. De Fazio: No, a las terapéuticas.

Dr. Dávalos Michel (auditorio virtual): ¿En pacientes con recidivas al tratamiento conservador utilizan también esta técnica si estuviera indicada?

Dra. De Fazio: Sí, no tiene contraindicación.

Dr. Terrier: Se entiende que son todas pacientes irradiadas, pero sería el único factor.

Dra. De Fazio: Claro, como mencionó el doctor, siempre poner en equilibrio las características de la paciente, si recibieron o no quimioterapia, radioterapia, la anatomía de la paciente para ofrecer esta técnica quirúrgica.

Dra. Fernández (auditorio virtual): En cuanto a las incisiones, hay casos en la que hayan hecho biopsia abierta previa a través de periareolar y luego poder hacer una mastectomía con conservación del complejo areola-pezón por el surco submamarario. ¿Lo harían?

Dra. De Fazio: Dos, o sea dos incisiones. No es reportado dentro de las pacientes que fueron incluidas en este trabajo. No he reportado casos en donde se han realizado dos incisiones quirúrgicas, todas fueron por la misma vía que se decidió en el momento de inicio de la cirugía.

Dr. Terrier: En general te llegan pacientes ya con un intento de cuadrantectomía por heridas periareolares.

Dra. Fernández (auditorio virtual): No, lo que está hablando en este caso es el "delay mastectomy", o sea, incisión periareolar, biopsia de retro pezón, informe y evaluación también de la vitalidad del complejo después de esa incisión. Tres semanas después se hace la mastectomía por el surco.

Dra. De Fazio: Sí, lo malinterpreté la pregunta, disculpe, nosotros no lo realizamos.

Dr. Scura (Paraguay): ¿La biopsia de retro pezón la hacen en extemporánea o la hacen previa, para decidir?

Dra. De Fazio: En el mismo acto quirúrgico intraoperatorio y después, obviamente, en la misma biopsia se analiza en forma diferida.

Dr. Terrier: Bueno, si no hay ningún comentario más, te felicito nuevamente.

Dra. De Fazio: Gracias doctor.

Impacto de la estimulación ovárica para preservación de la fertilidad sobre el riesgo de recidiva de cáncer de mama.

María Belén Iriarte¹, María Florencia Calvo¹, Carola Allemand¹, Ana Vinacur², Romina Pesce², Sebastián Marciano³, Francisco Corrao¹

RESUMEN

Introducción

La preservación de la fertilidad en pacientes jóvenes con cáncer de mama se realiza con agentes antiestrógenicos. El objetivo de este trabajo es evaluar si la estimulación ovárica controlada con letrozol aumenta la tasa de recaída de la enfermedad en estas pacientes, comparado con pacientes no estimuladas.

Materiales y método

Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó 270 pacientes con cáncer de mama EI - III. 49 pacientes se sometieron a estimulación ovárica con letrozol y gonadotrofinas, y 212 pacientes funcionaron como grupo control. Las pacientes fueron tratadas entre el 1 de enero de 2009 y 31 de diciembre de 2022. Para calcular la tasa de recaída, el punto de partida fue la cirugía. El seguimiento se realizó hasta los 8 años.

1. Sección de Mastología, Servicio de Ginecología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.
2. Sección Reproducción, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina
3. Departamento de Investigación, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Mail de contacto: mariabiriarte@gmail.com

Resultados

Se constataron 58 recaídas de la enfermedad, 11 en el grupo de pacientes estimuladas y 47 en el grupo control. La incidencia de recaída de toda la población fue de 30,2% a 8 años. No se encontraron diferencias significativas en las cohortes comparadas. La recaída en el grupo de pacientes estimuladas fue de 24,2% (IC 95%= 13,6%- 40,6%), mientras que en las pacientes no estimuladas fue de 30,8% (IC 95%= 23,5 - 39,6) ($p= 0,64$).

Conclusiones

La estimulación ovárica con gonadotrofinas y letrozol, con el fin de preservar la fertilidad, no parecería aumentar el riesgo de recaída del cáncer de mama.

Palabras Clave

Cáncer de mama; Preservación de fertilidad; Letrozol; Recaída.

Abreviaturas

- FSH: hormona folículo estimulante
- HMG: gonadotrofina menopáusica humana

ABSTRACT

Introduction

Fertility preservation in young breast cancer patients is carried out with antiestrogenic agents. The objective of this study is to evaluate whether controlled ovarian stimulation with letrozole increases the relapse rate of the disease in these patients compared to non-stimulated patients.

Materials and method

Retrospective cohort study that included 270 patients with stage I - III breast cancer. Forty-nine patients underwent ovarian stimulation with letrozole and gonadotropins, and 212 patients served as the con-

trol group. The patients were treated between January 1, 2009, and December 31, 2022. To calculate the relapse rate, the starting point was surgery. Follow-up was conducted for up to 8 years.

Results

There were 58 disease relapses observed, 11 in the group of stimulated patients and 47 in the control group. The overall relapse incidence in the entire population was 30.2% at 8 years. No significant differences were found between the compared cohorts. The relapse incidence in the group of stimulated patients was 24.2% (95% CI, 13.6% - 40.6%), while in the non-stimulated patients was 30.8% (95% CI, 23.5% - 39.6%) ($p = 0.64$).

Conclusions

Ovarian stimulation with gonadotropins and letrozole, aimed at preserving fertility, does not seem to increase the risk of breast cancer relapse.

Key words

Breast cancer; Fertility preservation; Letrozole; Recurrence

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en las mujeres en edad reproductiva.¹ Tal es así, que una de cada cinco mujeres tiene menos de 45 años al momento del diagnóstico. Las mejoras sustanciales en el tratamiento de estos tumores han aumentado notablemente la sobrevida en este grupo de pacientes.²

El cáncer de mama en las mujeres jóvenes tiene características pronósticas desfavorables: la edad temprana y la detección en estadios avanzados al momento del diagnóstico, la mayor tasa de tumores triple negativos y Her2 positivos y las mayores tasas de recaída, independientemente del estadio.³

Por estos motivos, la mayoría de estas pacientes son candidatas a un tratamiento agresivo multimodal, que suele incluir quimioterapia, con alta probabilidad de toxicidad ovárica e infertilidad después del tratamiento.⁴ Una mujer que ha completado su tratamiento oncológico por un cáncer de mama tiene 70% menos de probabilidades de

quedar embarazada, en comparación con mujeres sanas de la misma edad.⁵

El retraso actual en la maternidad, las altas tasas de sobrevivencia y el creciente énfasis en la calidad de vida de las pacientes que sobreviven a un cáncer, ha generado cada vez más interés en el tema de preservación de la fertilidad.⁶ Tal es así que los datos muestran que el 50% de las mujeres jóvenes con cáncer de mama están preocupadas por su fertilidad futura, pero solo un 10% utiliza estrategias de preservación de la fertilidad.^{7,8} La criopreservación de embriones y ovocitos son los métodos más utilizados. Ambos enfoques requieren de una estimulación ovárica que conlleva un aumento en los niveles séricos de estradiol, aproximadamente entre 10 a 20 veces por encima de los niveles observados en los ciclos naturales.^{9,10}

Dada la gran cantidad de datos que asocian a los estrógenos con el cáncer de mama, los mastólogos y oncólogos desaconsejan el uso de regímenes de estimulación ovárica que conlleven un aumento en los niveles séricos de estradiol.⁹ Por este motivo, se han introducido protocolos alternativos para pacientes con cáncer de mama, que implica el uso de gonadotrofinas y agentes antiestrogénicos, como el letrozol, que permite mantener bajos los niveles de estrógenos circulantes, sin afectar los resultados de la recuperación ovocitaria.¹⁰ Según los datos publicados en la literatura, el uso de estas drogas no aumentaría el riesgo de recaída del cáncer de mama.^{2,9,10,11}

El objetivo del presente estudio es evaluar si las pacientes con cáncer de mama que utilizaron el letrozol para preservación de la fertilidad en nuestra institución tienen mayor riesgo de recaída de la enfermedad que aquellas que no lo utilizaron. Como objetivo secundario, evaluaremos la demora para iniciar los tratamientos oncológicos en aquellas pacientes que se someten a preservación de la fertilidad.

MATERIALES Y MÉTODO

Estudio de cohorte retrospectivo en pacientes con cáncer de mama diagnosticadas y tratadas en el Servicio de Ginecología del Hospital Italiano de Buenos Aires, entre el 1 de enero de 2009 y 31 de diciembre de 2022. Se incluyeron pacientes entre 18 y 45 años, con diagnóstico histológico confirmado de cáncer de mama y estadio I a III al momento del diagnóstico, expuestas a estimulación ovárica controlada con gonadotrofinas (FSH/HMG) y letrozol durante el período de estudio. Como grupo control, se incluyeron pacientes con las mismas características, que no recibieron estímulo alguno para preservación de la fertilidad.

Las pacientes fueron excluidas si tenían antecedente de quimioterapia o radioterapia previa por otra enfermedad oncológica.

Mediciones y recopilación de datos

Se recopilaron datos clínicos y anatomopatológicos de todas las pacientes. La exposición primaria de interés fue la estimulación ovárica con letrozol y gonadotrofinas (FSH/HMG) en pacientes con cáncer de mama, estadio I a III.

La variable de resultado fue la recaída del cáncer de mama, definida como la detección de tumor locorregional, carcinoma contralateral o metástasis a distancia durante el período de seguimiento. El tiempo a la recaída se calculó desde la fecha de la cirugía.

Además, en las pacientes estimuladas, se evaluó el intervalo en días entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento (lo que ocurriese primero, ya fuera la cirugía o el inicio de la quimioterapia).

El seguimiento se definió como control clínico semestral y/o imágenes mamarias (mamografía y/o ecografía mamaria), ya sea por el equipo de mastología o de oncología clínica. El seguimiento de todas las pacientes se realizó hasta el 31 de diciembre de 2022.

Los siguientes datos se obtuvieron de la historia clínica y registros médicos:

- Características demográficas de la población: edad al diagnóstico.
- Anatomía patológica del tumor primario: tamaño tumoral inicial, grado histológico, invasión linfovascular, compromiso axilar y estadio tumoral.
- Inmunohistoquímica del tumor: estado del receptor de estrógeno y progesterona, sobreexpresión del Her 2, y Ki 67.
- Tratamientos oncológicos instaurados: quimioterapia, radioterapia y/o hormonoterapia.
- Consulta de asesoramiento genético. Mutación BRCA y otras mutaciones genéticas.

Todos los procedimientos realizados estuvieron bajo los estándares éticos de la experimentación humana y la Declaración de Helsinki de 1975. Dado que se trata de un estudio retrospectivo, basado en la revisión de historias clínicas, se solicitó al comité de ética una dispensación del consentimiento informado.

Análisis estadístico

Las variables numéricas fueron descriptas usando su mediana y rangos intercuartílicos (percentilos 25%-75%), y las variables categóricas, con números absolutos y promedios.

Las características de las pacientes expuestas y no expuestas fueron comparadas con modelos logísticos bivariados.

Para estimar la incidencia de recaída a distintos puntos del seguimiento se aplicó el método de Kaplan Meier, y se reportaron intervalos de confianza del 95%. La incidencia de recaída en pacientes expuestas y no expuestas fueron comparadas a través de los intervalos de confianza.

Se evaluó el efecto de potenciales confundidores mediante un modelo de riesgos proporcionales de Cox.

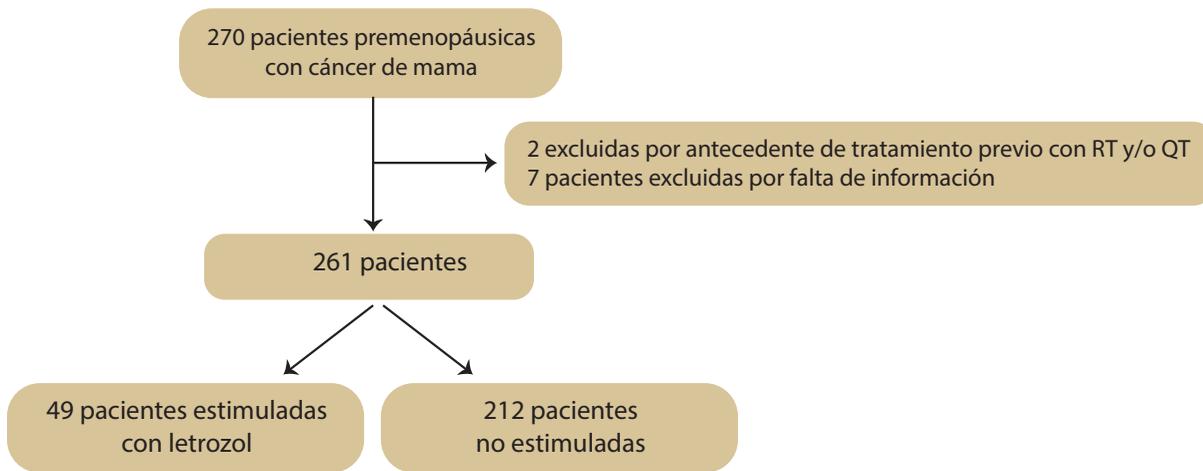
Todos los tests fueron realizados a dos colas. Se declara una significancia estadística para un valor de p menor a 0,05. Se realizaron todos los análisis utilizando el software Stata versión 14.

RESULTADOS

Población del estudio

Se incluyeron un total de 270 mujeres: 49 pacientes en el grupo que recibió estimulación ovárica con letrozol y 212 en el grupo control (Figura 1).

Figura 1. Diagrama de flujo del estudio. De las 270 pacientes evaluadas inicialmente, un total de 261 fueron elegidas para el estudio. De ellas, 49 pacientes utilizaron técnicas de preservación de la fertilidad, mientras que 212 sirvieron como controles.



En la Tabla 1 se muestran las características de toda la población, según fueron estimuladas. Resumidamente, la mediana de edad de todas las pacientes al momento del diagnóstico fue 37 años y la mediana de tamaño tumoral fue de 17 mm. Respecto al grado histológico, la mayoría de los tumores fueron grado 2 o 3, distribuidos en partes iguales y menos del 10% fueron grado 1. Aproximadamente, entre el 35-40% de las pacientes tenían axila positiva. La mayoría tenían tumores luminales, alrededor de un 20% tumores Her 2 positivos y entre 8-18%, tumores triple negativos. Más del 60% de las pacientes realizaron un tratamiento multimodal, que incluyó cirugía, quimioterapia, radioterapia y posterior hormonoterapia.

Tabla 1. Características de toda la población de estudio y comparaciones según si las pacientes recibieron estimulación ovárica con letrozol o no, del 1 de enero de 2009 al 31 de diciembre de 2022.

Variable, num (%)	Todas las pacientes N = 261	Sin estimulación ovárica N = 212	Con estimulación ovárica N = 49	HR (95% CI)	p
Edad (años), Mediana (IQR)	37 (34 - 42)	39 (35,5 - 42,5)	32 (30 - 36)	0,96 (0,91 - 1,01)	0,171
Tamaño tumoral (mm) Mediana (IQR)	17 (12 - 26)	16 (11,5 - 25)	20 (12 - 30)	1,02 (1,01 - 1,03)	< 0,001
Grado histológico (%)					
I	24 (9,2)	23 (10,8)	1 (2)	-	-
II	118 (45,2)	95 (44,8)	23 (46,9)	1,68 (1,20 - 2,98)	< 0,001
III	119 (45,5)	94 (44,3)	25 (51)	2,21 (1,18 - 4,32)	0,004
ILV (%)	124 (47,5)	102 (48,1)	22 (44,9)	3,36 (1,85 - 6,07)	< 0,001
Ganglios positivos (%)	104 (39,8)	86 (40,5)	18 (36,7)	2,71 (1,58 - 4,63)	< 0,001
Estadio (%)					
I	112 (42,9)	94 (44,3)	18 (36,7)	-	-
II	82 (31,4)	64 (30,1)	18 (36,7)	2,58 (1,30 - 5,13)	0,006
III	67 (25,6)	54 (25,4)	13 (26,5)	3,36 (1,72 - 6,58)	< 0,001
RH positivos (%)	218 (83,5)	180 (84,9)	38 (77,5)	0,34 (0,19 - 0,63)	0,001
Her 2 neu positivo (%)	54 (20,6)	42 (19,8)	12 (24,4)	0,61 (0,28 - 1,29)	0,20
Ki-67 alto (%)	158 (60,5)	122 (57,5)	36 (73,4)	2,64 (1,42 - 4,92)	0,002
Quimioterapia (%)	170 (65,1)	134 (63,2)	36 (73,4)	3,23 (1,58 - 6,60)	0,001
Radioterapia (%)	204 (78,1)	166 (78,3)	38 (77,5)	0,93 (0,49 - 1,76)	0,8
Hormonoterapia (%)	216 (82,7)	178 (83,9)	38 (77,5)	0,33 (0,18 - 0,60)	< 0,001
BRCA positivo (%)	24 (9,2)	15 (7)	9 (18,3)	0,74 (0,28 - 2,19)	0,65

Los dos grupos fueron similares en términos de edad al momento del diagnóstico, en prevalencia de mutaciones BRCA y en la sobreexpresión del Her 2, así como también en el uso de radioterapia como tratamiento adyuvante.

Sin embargo, las pacientes estimuladas tuvieron tumores de mayor tamaño y mayor estadio al momento del diagnóstico. También se ob-

servó mayor porcentaje de Ki 67 elevado. En cuanto a los tratamientos, si comparamos ambos grupos, se observa una mayor tendencia a recibir quimioterapia en este grupo de pacientes y menos hormonoterapia. Como contrapartida, tuvieron un porcentaje levemente menor de axilas positivas que las pacientes no estimuladas.

Recaída de la enfermedad

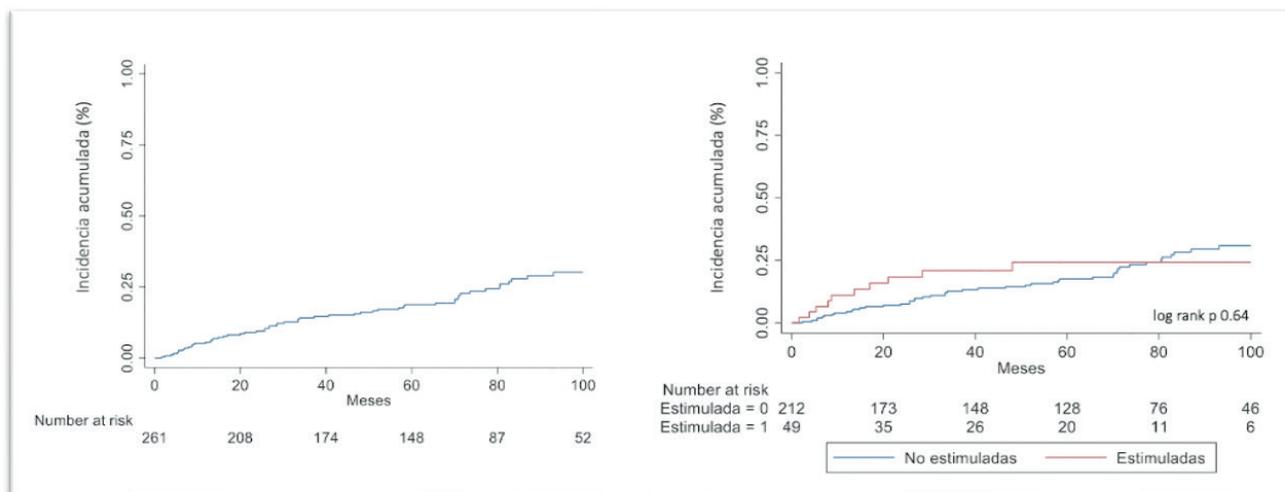
La mediana de seguimiento de toda la población fue de 67,8 meses (IQR: 26,7-87,8). Más del 75% de las pacientes completaron el seguimiento (75,5% en el grupo de pacientes estimuladas y 81,6% en el grupo control).

El tiempo entre el diagnóstico y el primer tratamiento (ya sea cirugía o neoadyuvancia) fue de 25 días (IQR 25-35) en toda la cohorte, siendo 4 días más para el grupo de pacientes estimuladas (28 días para el grupo de pacientes estimuladas versus 24 días para el grupo control).

En total, 58 pacientes presentaron una recaída de la enfermedad, 11 en el grupo de pacientes estimuladas y 47 en el grupo de pacientes no estimuladas.

La incidencia de recaída a 8 años en toda la población fue del 30,2% (IC 95%= 23,6%-38,1%). Puntualmente, en la cohorte de pacientes estimuladas, la incidencia de recaída a 8 años fue del 24,2% (IC 95%= 13,6%-40,6%), mientras que en la cohorte de pacientes no estimuladas fue del 30,8% (IC 95%= 23,5-39,6) ($p=0.64$) (Figura 2).

Figura 2. Incidencia acumulada de recaída en meses. a) En toda la población. b) En pacientes con estimulación ovárica y grupo control. $p=0,64$.



El HR crudo de recaída de las mujeres que recibieron letrozol fue de 1,75 (IC 95%= 0,59-2,33, $p=0.643$). El HR ajustado por factores de riesgo, como edad, tamaño tumoral inicial, ganglios positivos y estadio tumoral fue de 1,32 (IC 95%= 0,61-2,88), $p=0,477$.

DISCUSIÓN

La preservación de la fertilidad es, hoy por hoy, una prioridad para las mujeres jóvenes con cáncer de mama. La amenaza a la posibilidad de un hijo biológico puede generar importantes consecuencias psicosociales en las pacientes, convirtiéndose en una experiencia devastadora, motivo por el cual las estrategias de preservación de fertilidad han cobrado tanto interés.⁶

En el contexto de un cáncer de mama y para mantener los estrógenos en valores fisiológicos durante la estimulación, se utiliza un protocolo que combina letrozol y gonadotrofinas. El letrozol es un inhibidor de la aromatasas de tercera generación, enzima que convierte la androstenediona en estrona y la testosterona en estradiol.⁶ Se sabe que estos protocolos generan números similares de ovocitos y embriones, en comparación con los ciclos de estimulación estándar, y al mismo tiempo, reducen significativamente los niveles de estradiol.¹²

En este estudio de cohorte, se demostró que la estimulación con el uso simultáneo de letrozol y gonadotrofinas no se asoció a una mayor tasa de recaída de la enfermedad en pacientes premenopáusicas con cáncer de mama, después de un seguimiento de aproximadamente 8 años. Así mismo, no se observó una mayor tasa de recaída cuando se ajustó por factores de riesgo (edad, tamaño tumoral inicial, ganglios positivos y estadio tumoral).

El efecto potencial que podría tener el uso del letrozol sobre el riesgo de recaída del cáncer de mama ya ha sido analizado en estudios previos, pero muchos de los datos de eficacia y seguridad derivan de estudios retrospectivos, de un solo centro o con un tamaño de muestra limitado.¹³ Los dos estudios de cohorte prospectivos de mayor envergadura que analizaron el efecto del letrozol como agente antiestrogénico para preservación de la fertilidad encontraron que el mismo no afectó la supervivencia de las pacientes.^{8,9}

Azim y colaboradores publicaron en el año 2008 el primer estudio con 215 pacientes, de entre 18 y 45 años, con cáncer de mama confirmado histológicamente, con un estadio al diagnóstico igual o menor a III. Un total de 79 pacientes se sometieron a preservación de fertilidad mediante criopreservación de embriones u ovocitos después de una estimulación ovárica controlada con letrozol y gonadotrofinas. Se constataron 3 recaídas de la enfermedad o cáncer de mama contralateral (3,8%) en el grupo que recibió letrozol y 11 (8,1%) en el grupo de control. No hubo diferencias significativas en la supervivencia libre de recaída entre los grupos tras 2 años de seguimiento.⁹

En el año 2016, se publicó otro estudio controlado prospectivo no aleatorizado, con un total de 337 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, similares al estudio previamente mencionado. Del total, 120 pacientes fueron sometidas a estimulación ovárica para preservación de la fertilidad, mientras que 217 no se sometieron a ningún procedimiento y sirvieron como grupo control, con una mediana de seguimiento de 7 años después del diagnóstico. No hubo diferencias significativas entre los grupos en sobrevida libre de recaída del cáncer de mama. Ni las características del tumor ni la realización de la preservación antes o después de la cirugía mamaria afectaron los resultados de sobrevida.⁸ También en este trabajo se comparó la tasa de recaída de acuerdo al estado de la mutación BRCA. 188 pacientes se sometieron a una evaluación genética, de las cuales 47 fueron BRCA positivas. En este grupo, 26 pacientes realizaron la estimulación ovárica con letrozol y 21 no lo hicieron. Se constató una sola recaída en el subgrupo de pacientes BRCA mutadas con estimulación ovárica y 2 recaídas en el grupo control, sin diferencias significativas en la sobrevida libre de recaída.⁸

Rodgers y colaboradores publicaron un metaanálisis en el año 2017, que incluyó un total de 4 estudios y 464 mujeres con cáncer de mama, el cual muestra que la coadministración de gonadotrofinas con letrozol no conduce a un deterioro a corto - mediano plazo en el pronóstico del cáncer de mama, proporcionando a las mujeres una seguridad desde el punto de vista oncológico cuando consideran la preservación de la fertilidad.²

En el año 2022, se publica otro metaanálisis con 15 estudios, de los cuales 11 informan sobre los resultados de pacientes que se sometieron a estimulación ovárica para preservar la fertilidad. Cabe destacar que solo se incluyeron 2 estudios prospectivos, los dos previamente mencionados, y que en algunos estudios retrospectivos se utilizó tamoxifeno en lugar de letrozol. Se incluyeron un total de 4.643 pacientes con cáncer de mama, de los cuales 1.594 se sometieron a una estimulación para preservar la fertilidad y 2.386 no lo hicieron. El riesgo de recaída fue entre 8,6% y 16,2% en cada grupo, respectivamente, con un seguimiento de entre 23 y 79 meses. No se observó ningún efecto perjudicial de la estimulación ovárica en términos de sobrevida libre de eventos. Por otro lado, las pacientes expuestas a estimulación ovárica tuvieron menor riesgo de morir, con 40 muertes (5,5%) versus 132 (10,9%) entre las pacientes no expuestas.¹⁴

Otra de las preocupaciones es el posible retraso en el inicio de los tratamientos cuando se realizan protocolos de estimulación ovárica. En nuestro estudio, la demora en días desde el diagnóstico hasta el primer tratamiento instaurado fue de 25 días, que se prolongó 3 días más

en el grupo de pacientes estimuladas, demora clínicamente aceptable. En el metaanálisis previamente mencionado, se observó un retraso de 6 días en el inicio de la quimioterapia en pacientes que realizaron estimulación ovárica.¹⁴ Sin embargo, y dado que se sabe que un protocolo de estimulación requiere como mínimo entre 2 a 3 semanas, es imperativo garantizar una demanda precoz a los especialistas en fertilidad, para que la paciente joven tenga la oportunidad de completar su planificación familiar después del diagnóstico y antes de comenzar el tratamiento.¹⁵

El presente estudio proporciona un seguimiento a largo plazo de 8 años, con el 75% de las pacientes seguidas hasta la actualidad. El beneficio de contar con un centro que dispone de Unidad de Mastología y de Reproducción disminuiría la posibilidad de pérdida de pacientes y mejoraría la calidad de recolección de datos, así como también optimiza los tiempos y las intervenciones dirigidas a preservar la fertilidad.

Sin embargo, este estudio tiene varias limitaciones. En primer lugar, se trata de un estudio retrospectivo no aleatorizado, por lo cual no fue posible controlar todos los factores que podrían haber influido en los resultados. Tal es así, que en los grupos de estudio y control se observan algunas diferencias en parámetros pronósticos del cáncer de mama, por lo que estos resultados deben considerarse cuidadosamente. Por otro lado, aspectos adicionales del estilo de vida de las pacientes no constituyeron parte de los criterios y, por lo tanto, no fueron incluidos en el estudio. Por este motivo, no se pueden descartar factores de confusión residuales como resultado de diferencias.

CONCLUSIÓN

En conclusión, el tratamiento del cáncer de mama puede mejorar el pronóstico de las pacientes, pero afectando negativamente su reserva ovárica. Por este motivo, nuestro estudio aporta evidencia adicional que respalda el uso del letrozol como una herramienta efectiva y segura para la preservación de la fertilidad en pacientes con cáncer de mama. En situaciones tan desafiantes, esta información representa un paso más en la mejora de la atención médica de las pacientes y en la consideración de sus necesidades. La comunidad médica puede y debe esforzarse por brindar información precisa y asistencia psicosocial, y apoyar la investigación médica continua en la evaluación de estrategias de preservación de la fertilidad para optimizar tanto la supervivencia como la calidad de vida de nuestras pacientes.

REFERENCIAS

1. Dahhan T, Balkenende EME, Beerendonk CCM, et al. Stimulation of the ovaries in women with breast cancer undergoing fertility preservation: Alternative versus standard stimulation protocols; the study protocol of the STIM-trial. *Contemp Clin Trials*. 2017;61:96-100. ◀
2. Rodgers RJ, Reid GD, Koch J, et al. The safety and efficacy of controlled ovarian hyperstimulation for fertility preservation in women with early breast cancer: a systematic review. *Hum Reprod*. 2017;32(5):1033-1045. ◀◀◀
3. Anastasiadi Z, Lianos GD, Ignatiadou E, Harissis HV, Mitsis M. Breast cancer in young women: an overview. *Updates Surg*. 2017;69(3):313-317. ◀
4. Rodriguez-Wallberg KA, Eloranta S, Krawiec K, Lissmats A, Bergh J, Liljegren A. Safety of fertility preservation in breast cancer patients in a register-based matched cohort study. *Breast Cancer Res Treat*. 2018;167(3):761-769. ◀
5. Corey B, Smania MA, Spotts H, Andersen M. Young Women With Breast Cancer: Treatment, Care, and Nursing Implications. *Clin J Oncol Nurs*. 2020;24(2):139-147. ◀
6. El Hachem H, Atallah D, Grynberg M. Fertility preservation in breast cancer patients. *Future Oncol*. 2014;10(10):1767-1777. ◀◀
7. Moragón S, Di Liello R, Bermejo B, et al. Fertility and breast cancer: A literature review of counseling, preservation options and outcomes. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2021;166:103461. ◀
8. Vuković P, Kasum M, Raguž J, et al. Fertility Preservation in Young Women with Early-Stage Breast Cancer. *Acta Clin Croat*. 2019;58(1):147-156. ◀◀◀
9. Kim J, Turan V, Oktay K. Long-Term Safety of Letrozole and Gonadotropin Stimulation for Fertility Preservation in Women With Breast Cancer. *J Clin Endocrinol Metab*. 2016;101(4):1364-1371. ◀◀
10. Azim AA, Costantini-Ferrando M, Oktay K. Safety of fertility preservation by ovarian stimulation with letrozole and gonadotropins in patients with breast cancer: a prospective controlled study. *J Clin Oncol*. 2008;26(16):2630-2635. ◀
11. Balkenende EME, Dahhan T, Beerendonk CCM, et al. Fertility preservation for women with breast cancer: a multicentre randomized controlled trial on various ovarian stimulation protocols. *Hum Reprod*. 2022;37(8):1786-1794. ◀
12. Taylan E, Oktay KH. Current state and controversies in fertility preservation in women with breast cancer. *World J Clin Oncol*. 2017;8(3):241-248. ◀
13. Soldato D, Arecco L, Agostinetti E, et al. The Future of Breast Cancer Research in the Survivorship Field. *Oncol Ther*. 2023;11(2):199-229. ◀
14. Arecco L, Blondeaux E, Bruzzone M, et al. Safety of fertility preservation techniques before and after anti-cancer treatments in young women with breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod*. 2022;37(5):954-968. ◀◀
15. Lambertini M, Peccatori FA, Demeestere I, et al. Fertility preservation and post-treatment pregnancies in post-pubertal cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines†. *Ann Oncol*. 2020;31(12):1664-1678. ◀

DEBATE

Dr. Terrier: Muy bien, muchas gracias. Comentamos el trabajo de la Dra. Iriarte. ¿Alguien desea hacer algún aporte o una opinión?

Dr. Fuleston: Felicidades por la presentación. Hago una reflexión/pregunta. Esta cuestión de la preservación de la fertilidad me parece que, como bien dijiste, está muy en boga y hoy creo que muchos van a eso o queremos ir a eso, pero en realidad termina siendo como un endpoint blando porque el endpoint duro termina siendo verdaderamente qué tasa de pacientes que realizan esa preservación de la fertilidad terminan teniendo familia. Terminan verdaderamente en el endpoint duro que es la fertilidad. ¿Determinaron qué porcentaje de pacientes verdaderamente quedaron embarazadas o tuvieron hijos?

Dra. Iriarte: No.

Dr. Terrier: Evidentemente en el trabajo esos resultados no están.

Dra. Iriarte: No, ni siquiera estaba incluido en la base de datos que analizamos, ni incluimos qué pacientes se embarazaron y qué pacientes no.

Dr. Terrier: Sería interesante poder tenerlo, pero en este trabajo es evidente que no está y es un poco la debilidad porque, como dice él, se sabe que no es tan alta, pero también eso es otro tema. Pero el verdadero hecho sería las que las requieren usarlo que ahí tenga la tasa de éxito con embarazo positivo.

Dra. Iriarte: Posiblemente lo busquemos en algún momento, pero igual lo que sabemos en la actualidad es que muy pocas deciden la fertilidad, aparte de que tiene que pasar más tiempo. Si bien el tiempo es a 2 o 3 años la búsqueda de embarazo, muchas veces prefieren continuar su tratamiento y hacerlo posterior. La realidad es que son pocas.

Dr. Terrier: Muchas pueden no recurrir a la conservación, lo pueden lograr naturalmente.

Dra. Iriarte: Por ahí una paciente ha recurrido y no le es suficiente. Tiene todavía su falla el tema de la criopreservación porque muchas veces son mujeres también grandes y lo que criopreservan son 10 ovocitos y eso muchas veces no llega a ser suficiente para quedar embarazadas posteriormente.

Dr. Fuleston: Sí, yo no te pregunté justamente por eso, porque lo que se observa, no solo en mama, sino en endometrio y en ovario es eso, realizan la preservación y luego no siguen adelante con el tema del embarazo. Es como que desde el punto de vista psicológico es algo que la fortalece y bueno, ya sea uno de los tipos de prevención terciaria, rehabilitación, es importante. Es verdad que muchas pacientes luego no lo utilizan. Así que es difícil de medir. En el Hospital de Clínicas se midió en endometrio, tuve una tasa aceptable de embarazo, después más la evolución de las pacientes, pero bueno, es más o menos como comentó la doctora, por lo menos en lo que yo tengo estudiado.

Dr. Terrier: Creo que los dos objetivos que vos planteás al comienzo están bien establecidos. Las recidivas entre un grupo y otro y sobre todo la demora del inicio, o mejor dicho, la no demora, que siempre es uno de los temores y en el caso de ustedes lo demuestran claramente.

Dr. Billingham: Uno ve que los resultados casi que andan mejor las que fueron estimuladas, que las que no fueron estimuladas. ¿A qué creen ustedes que se debe eso, al uso de letrozol, que también es parte de los tratamientos posteriores a las menopáusicas, acá se actúa si tiene algún beneficio, porque en realidad no tendría por qué? ¿A qué creen que se atribuye ese beneficio?

Dra. Iriarte: No te sabría responder, nosotros en su momento cuando hicimos el estudio también hicimos la curva de mortalidad y nos dio algo parecido. No lo presenté porque no era el objetivo del trabajo, pero también nos dio algo parecido a lo que mostré.

Dra. Azar: Si lo estudiaron en este caso a veces está lo que se llama el sesgo de la madre saludable, que las que hicieron estimulación eran de estadios más iniciales, casos que a lo mejor les iba a ir mejor con o sin estimulación, porque cuando uno ve cáncer de mama y embarazo a las que tuvieron hijos, les fue mejor también en sobrevida y eso tiene que ver con el sesgo de que las que se embarazaron eran las que tenían estadios más iniciales o hicieron tratamientos menos agresivos o les iba a ir mejor de todas maneras.

Dr. Terrier: Esa era otra pregunta que tenía acá para hacerte. ¿Ustedes para indicar o para que la paciente, si lo desea, acceda a la preservación, no discriminan por estadios? Porque hay estadios 1 hasta estadios 3 sin ningún problema.

Dra. Iriarte: Exacto. Creo que una cosa que por ahí sirve para pensar o responder esa pregunta tiene también que ver con cuántas de las pacientes a las que se les propone la consejería en fertilidad y la preservación, después la realiza. Si eso hace una diferencia en términos del pronóstico, porque por ahí la paciente que no necesita hacer la estimulación, que no es estimulada porque tiene un tumor en estadio inicial, que está en el grupo control con el que vos estás comparando, es una paciente que no hace la estimulación y quizás la paciente de todo el universo de pacientes a las que se les propone la estimulación, tal vez se seleccionan las pacientes que quizás tienen mejor pronóstico o hay que ver también de todas a las que les proponemos, cuántas realmente después hacen todo el recorrido. Puede también que ver con cómo se selecciona a la paciente.

Dr. Terrier: Hay muchos sesgos y desvíos posibles. Bueno, te felicito de nuevo, entonces si no hay ningún comentario más cerramos la sesión de hoy.

¿Sabemos comunicar adecuadamente las malas noticias? Encuesta a los miembros de la sociedad argentina de mastología.

J. Berwart¹, L.S. Lapuchesky²,
G.B. Candás³.

RESUMEN

Introducción

La correcta comunicación de malas noticias (CMN) presenta numerosos desafíos para los profesionales de la salud. La misma requiere ser enseñada al igual que cualquier otra habilidad técnica en el ámbito médico-asistencial.

Objetivo

Analizar la formación recibida sobre CMN de los especialistas pertenecientes a la Sociedad Argentina de Mastología (SAM).

Materiales y método

Se realizó una encuesta por correo electrónico. Respondieron 235 miembros.

1. Servicio de Mastología. ALCEC, Concepción del Uruguay, Entre Ríos.

2. Servicio de Oncología Mamaria. Instituto Alexander Fleming de Buenos Aires.

3. Servicio de Mastología. Hospital Británico de Buenos Aires.

Mail de contacto: dra.juliaberwart@gmail.com

Resultados

El 88,9% refiere no haber recibido formación sobre CMN durante su carrera de grado y el 71,2% tampoco durante su carrera de posgrado.

El 91,5% considera que no se le dedicó el tiempo suficiente de formación a dicha temática durante su carrera.

El 91% refiere no conocer el protocolo para CMN "SPIKES".

El 63,3% adquirió la habilidad de CMN con los años y la experiencia y el 50% de imitar a sus instructores.

El 52,1% considera que sabe CMN a los pacientes.

Conclusiones

Los resultados de la presente encuesta ponen de manifiesto la escasa formación académica recibida durante la formación de grado y posgrado acerca de cómo comunicar malas noticias adecuadamente de los miembros de la SAM.

Palabras Clave

Comunicar malas noticias, formación académica, método SPIKES.

ABSTRACT

Introduction

Correct communication of bad news presents numerous challenges for healthcare professionals. It requires teaching, just like any other technical skill in the medical-healthcare field.

Objective

To analyze the training received on communication of bad news (CBN) by specialists from the Argentine Society of Mastology (SAM).

Materials and method

An e-mail survey was conducted. A total of 226 members responded.

Results

88.9% report not having received training in CBN during their undergraduate studies, and 71.2% also reported not having received any training during their graduate studies.

91.5% believe they did not receive sufficient training time on this topic during their studies.

91% report not being familiar with the "SPIKES" CBN protocol.

63.3% acquired CBN skills over time and through experience, and 50% acquired them through imitating their instructors or colleagues.

52.1% believe they understand how to teach CBN to patients.;

Conclusions

The results of this survey highlight the limited training received during undergraduate and graduate training on how to communicate bad news to SAM members.

Key words

Breaking bad news, academic training, SPIKES method.

INTRODUCCIÓN

La correcta CMN presenta numerosos desafíos.¹

Cuando nos preguntamos cómo fue que adquirimos esta habilidad, la mayoría de nosotros podríamos decir que fue algo innato o adquirido de imitar a instructores, profesores y/o mentores que hemos tenido a lo largo de la carrera profesional y que luego la fuimos consolidando, aplicando lo aprendido una y otra vez durante el ejercicio de nuestra profesión.

La CMN requiere ser enseñada al igual que cualquier otra habilidad técnica en el ámbito médico-asistencial.²

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo fue analizar la formación recibida a lo largo de la carrera profesional sobre CMN de los especialistas pertenecientes a la SAM durante su carrera de grado y posgrado.

MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó una encuesta de carácter anónimo y autoadministrada que se envió por correo electrónico a los 650 miembros de la SAM en dos oportunidades, durante el periodo comprendido entre junio y julio de 2024.

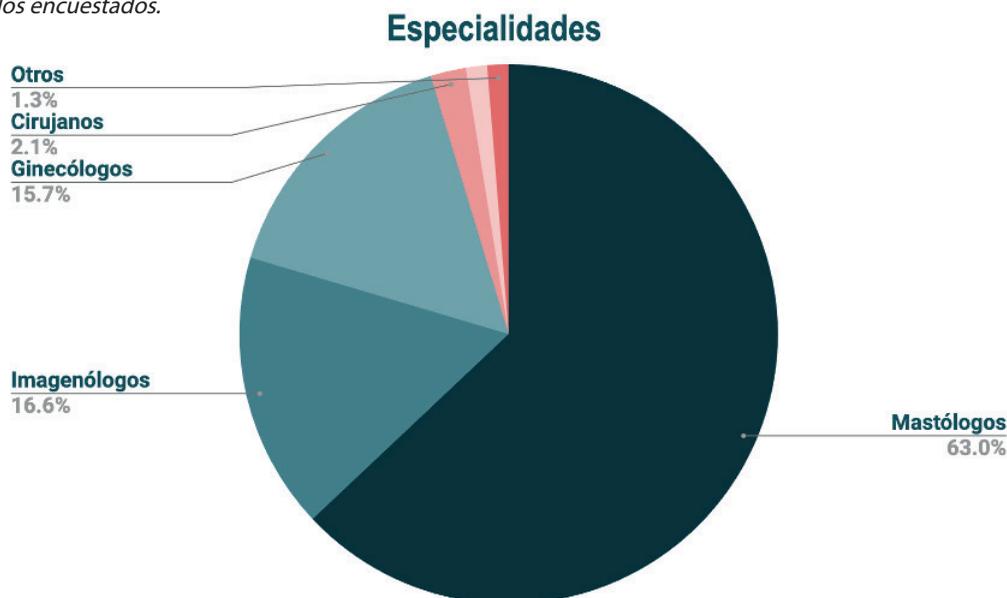
La encuesta consta con una primera sección de datos demográficos y una segunda con preguntas referidas a la formación académica recibida sobre la CMN en el proceso de formación de los profesionales en las carreras de grado y posgrado. Se indagó también sobre el protocolo SPIKES de las siglas en inglés: “S=setting up the interview” (preparar el entorno sin interrupciones), “I= invitation” (invitar al paciente a decir qué información desea saber), “K= knowledge” (informar al paciente con lenguaje sencillo y sin tecnicismos), “E= emotions” (permitir al paciente expresar sus emociones), “S= strategy and summary” (establecer un plan conjunto con el paciente y resumir todo lo hablado).

RESULTADOS

Se recibieron 36% de respuestas (n=235/650). El 79,6% (n=187) de los encuestados ejerce la profesión hace más de 10 años, el 15,7% (n=37) entre 5 a 10 años y el 4,7% (n=11) hace menos de 5 años.

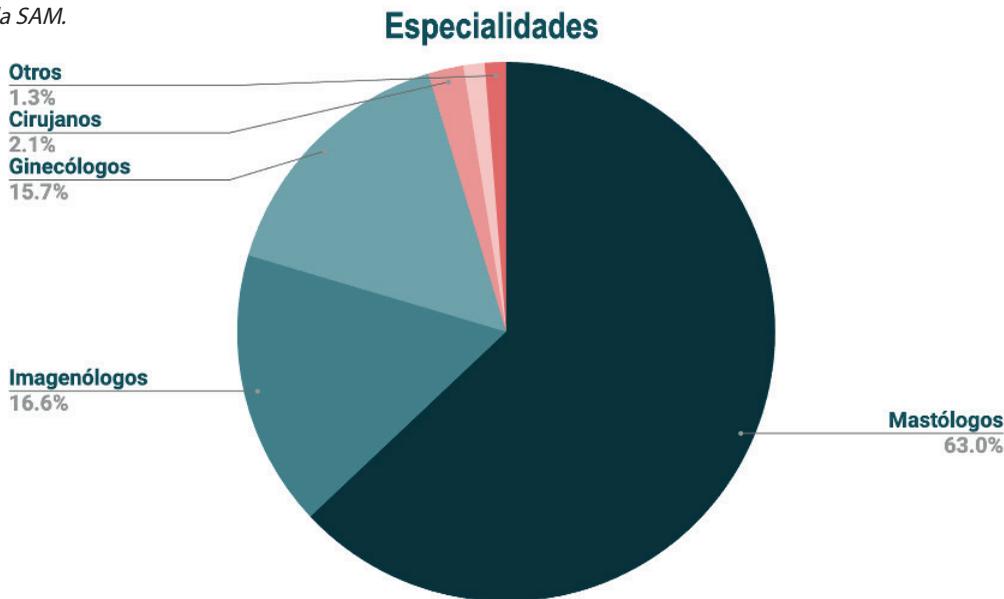
La mayoría de los encuestados son mastólogos 63% (n=148/235), seguidos por imagenólogos 16,6% (n=39) y ginecólogos 15,7% (n=37) (Figura 1).

Figura 1. Especialidades médicas de los encuestados.



El 88,9% (n=209) de los encuestados refiere no haber recibido formación sobre CMN durante su carrera de grado y el 71,2% (n=166) no haberla recibido durante su carrera de posgrado (Figura 2).

Figura 2. Formación académica sobre CMN recibida durante la carrera de grado de los miembros de la SAM.



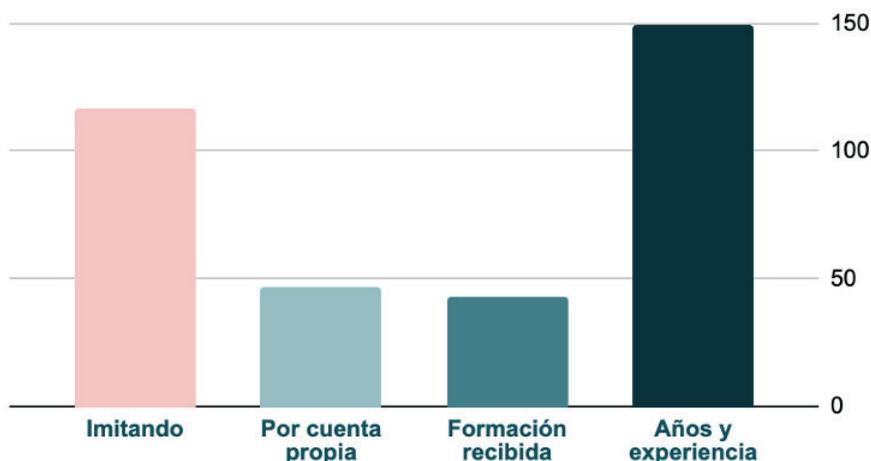
El 91,5% (n=215) de los encuestados, considera que no se le dedicó el tiempo suficiente de formación a dicha temática durante su carrera.

El 91% (n=213) refiere no conocer el protocolo SPIKES.

Cuando se les pregunta a los encuestados por el aprendizaje en la CMN, el 63,3% (n=150) responde que es una habilidad que fue adquirida con los años y la experiencia, y el 50% (n=118) de imitar a sus instructores. (Figura 3).

Figura 3. Formación académica en CMN a lo largo de la carrera profesional.

¿Cómo aprendió a CMN?



El 52,1% (n=122) de los encuestados considera que sabe CMN y el 41,9% (n=99) que sí pero con alguna dificultad y solo el 6% (n=14) que pocas veces lo hace correctamente. Ninguno de los encuestados considera que no sabe comunicarlas.

El 81,3% (n=191) refiere que en la consulta recomienda o realiza derivación de los pacientes a profesionales de la salud mental (psicólogos o psicooncólogos).

DISCUSIÓN

Se entiende por “mala noticia” cualquier información que afecte negativamente las expectativas que tiene el paciente de sí mismo y su futuro. Por lo tanto, la comunicación de malas noticias incluye una gran variedad de situaciones.²

Las malas noticias suelen vincularse a situaciones terminales, pero incluyen otras, como informarle a una embarazada el hallazgo de una malformación de su hijo, o a una adolescente con polidipsia, poliuria y pérdida de peso que padece diabetes o, por ejemplo, el diagnóstico de temblor esencial en un cirujano cardiovascular. Teniendo en cuenta esta definición, podemos considerar que los médicos que trabajamos con pacientes oncológicos, nos enfrentamos a la situación de tener que comunicar malas noticias a diario.³

La palabra cáncer es una de las más aterradoras para los pacientes. Los mismos pueden reaccionar frente al diagnóstico con tristeza, miedo, negación y/o ira. Los receptores de las malas noticias difícilmente olvidan dónde, cuándo y cómo les fue comunicada una mala noticia.⁴ La forma en que se transmiten influye significativamente en la percepción que tiene el paciente de su enfermedad, en la relación médico-paciente a largo plazo y en la satisfacción de ambos (paciente y médico).

Estudios realizados al respecto han demostrado que una comunicación no adecuada puede tener un impacto adverso de larga duración en los pacientes y su entorno social, generando mayores índices de angustia e inseguridad.⁵

Habitualmente las habilidades en comunicación son capacidades que se adquieren e imitan de instructores o referentes durante el propio ejercicio de la medicina, y no son aprendidas y desarrolladas, previamente, en la etapa de formación del profesional como una dimensión específica de su proceso de instrucción.

Antes, era frecuente no informar el diagnóstico a los pacientes. Un estudio de EEUU de 1961 demostró que el 88% de los médicos ocultaban sistemáticamente el diagnóstico de cáncer a los pacientes. Lo habitual

era decirle lo menos posible, y sólo se les comunicaba lo necesario para que realicen su tratamiento.

En la actualidad se sabe que la información clara y honesta sobre el diagnóstico, el pronóstico y las opciones de tratamiento, dan la oportunidad al paciente de tomar las decisiones sobre su asistencia más acorde con sus valores y sus objetivos personales.⁶ Hoy la evidencia demuestra que los programas de capacitación pueden mejorar las habilidades de comunicación de los médicos y por lo tanto las experiencias de los pacientes.⁷

Las conversaciones desafiantes en oncología se asemejan, por ejemplo, a procedimientos quirúrgicos que requieren una planificación previa y una ejecución meticulosa, con utilización de estrategias y planeamiento previo.⁸ Durante la carrera de medicina, las habilidades prácticas se adquieren con maniqués de simulación. Los médicos aprenden a suturar en talleres de disección y suturas y no directamente con el paciente. Estudios demuestran que hay un déficit en la currícula médica en CMN. La CMN debería ser una materia más de la currícula y los estudiantes en formación, contar con talleres de RolePlay (juego de roles) con actores que simulan el escenario al que luego se deberán enfrentar en la práctica médica futura.^{7,8}

Resulta imprescindible que los médicos involucrados en estos procesos reciban educación y entrenamiento previo al ejercicio de la profesión, para adquirir habilidades y desarrollar una adecuada comunicación con los pacientes y su familia, entorno afectivo o red social antes de comenzar a comunicar.²

Existen diversos modelos para la CMN, uno de ellos ampliamente difundido, descrito por Bayle y Buckman, plantea 6 pasos fundamentales que deben tenerse en cuenta, y es el protocolo SPIKES o EPICEE (siglas en español)³:

Primer paso "*S: setting up the interview*": preparar el entorno sin interrupciones, a fin de respetar la privacidad e intimidad del informado y la preparación profesional.

Segundo paso "*P: perception*": indagar sobre la información previa que conoce el paciente.

Tercer paso "*T: invitation*": invitar al paciente a decir qué información desea saber.

Cuarto paso "*K: knowledge*": informar al paciente, con un lenguaje sencillo y sin tecnicismos.

Quinto paso "*E: emotions*": permitir al paciente expresar sus emociones y mostrar empatía.

Sexto paso "*S: strategy and summary*": establecer un plan conjunto con el paciente y resumir todo lo hablado. Aquí se trata, además, de disminuir la ansiedad, responder a las emociones y sentimientos del paciente y/o familia.

El abordaje multidisciplinario de CMN con especialistas en psicología y psicooncología debe considerarse un estándar de atención para pacientes con cáncer. Este enfoque mejora la comprensión del diagnóstico, y la relación médico paciente, promoviendo mejores condiciones para transitar la enfermedad.

CONCLUSIÓN

Comunicar malas noticias es una tarea compleja para la cual es importante prepararse, y existe evidencia suficiente de que la utilización de un enfoque humanístico y protocolizado, y el aprendizaje de ciertas habilidades de comunicación, pueden mejorar significativamente esta tarea.

Los modelos de comunicación empática para CMN como el SPIKE/EPICEE pueden ayudar a mejorar la relación médico paciente y disminuir la angustia del paciente.

La encuesta realizada pone en evidencia la escasa formación recibida durante la formación de grado y posgrado acerca de cómo comunicar malas noticias de los miembros de la SAM.

Con el presente trabajo pretendemos que la visibilización de este déficit, que claramente impacta en la vida de los pacientes, sea considerado lo suficientemente significativo para incorporar la formación de CMN en carreras de grado y posgrado, como así también en espacios de discusión y congresos científicos de nuestra comunidad médica.

AGRADECIMIENTOS

Especial agradecimiento a las licenciadas en psicología Naiman Mariana y Huertas Florencia por su colaboración en el presente trabajo.

REFERENCIAS

1. Shilling DM, Manz CR, Strand JJ, Patel MI. Let Us Have the Conversation: Serious Illness Communication in Oncology: Definitions, Barriers, and Successful Approaches. *Am Soc Clin Oncol Educ Book* 2024. Jun;44(3):431352. ◀
2. Funes D, Aguilar J, Lirón Ruiz R, Aguayo Albasini J. ¿Comunicamos correctamente las malas noticias en medicina? Resultados de un taller de formación basado en videos y de briefing. *Educación médica* 2020. 21(2): 118-122. ◀◀◀
3. Gilligan T, Coyle N, Frankel RM et al. Patient-Clinician Communication: American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline. *J Clin Oncol*. 2017 Nov 1;35(31):3618-3632. ◀◀
4. García Díaz F. Comunicando malas noticias en medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Medicina Intensiva*. 2006;30(9):452-9. ◀
5. Shilling DM, Manz CR, Strand JJ, Patel MI. Let Us Have the Conversation: Serious Illness Communication in Oncology: Definitions, Barriers, and Successful Approaches. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2024 Jun;44(3):e431352. ◀
6. Hadler RA, Goldshore M, Rosa WE, Nelson J. "What do I need to know about you?": The Patient Dignity Question, age, and proximity to death among patients with cancer. *Supportive Care in Cancer*. 2022. 30(6), 5175-5186. ◀
7. Paco Maglio. La dignidad del otro, puentes entre la biología y la biografía. Editorial: Libro del Zorzal. 2008. ◀
8. Kalitzkus V, Matthiessen PF. Narrative-based medicine: potential, pitfalls, and practice. *Perm J*. 2009;13(1):80-86. ◀
9. Rosenblatt L. Being the monster: women's narratives of body and self after treatment for breast cancer. *Med Humanit*. 2006;32(1):53.
10. Arantzamendi M, Belar A, Martinez M. Promoting patient-centred palliative care: a scoping review of the patient dignity question. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2016;10(4):324-329.
11. McMillan SC. The relationship between age and intensity of cancer-related symptoms. *Oncol Nurs Forum*. 1989;16(2):237-241.
12. Sanders JJ, Dubey M, Hall JA, Catzen HZ, Blanch-Hartigan D, Schwartz R. What is empathy? Oncology patient perspectives on empathic clinician behaviors. *Cancer*. 2021 Nov 15;127(22):4258-4265.

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

REVISTA ARGENTINA DE MASTOLOGÍA

La *Revista Argentina de Mastología*, órgano oficial de información y difusión de la Sociedad Argentina de Mastología, publica cuatro números digitales por año, uno por trimestre.

CATEGORÍA DE LOS DOCUMENTOS

Cualquiera sea el tipo de documento, su inclusión en la Revista *queda sujeta a la aprobación de la Dirección de la Revista*. Se publicarán artículos en las siguientes categorías:

- **Trabajos o comunicaciones presentados en las Sesiones Ordinarias de la Sociedad.**

La sola exposición de los mismos no implica necesariamente su aprobación para su publicación. Asimismo, podrán presentarse trabajos con vistas a ser incluidos en la Revista sin necesidad de que sean leídos en las Sesiones Ordinarias. En todos los casos, deberán contar con la aprobación del conjunto de autores y de las autoridades responsables del lugar donde se hayan realizado esos trabajos. Como en todos los demás tipos de documentos, quedará a criterio del Comité de Redacción y de la Comisión Directiva cuáles de los trabajos presentados en el marco de las Sesiones Ordinarias serán incluidos en la Revista Argentina de Mastología.

- **Editoriales.**

Los asignará la Dirección de la Revista acorde a las necesidades.

El editorial debe ser una reflexión, análisis o juicio sobre alguna novedad relevante o la expresión de la perspectiva del autor sobre determinado tema.

Su extensión no superará las 2.500 palabras.

- **Trabajos originales.**

Incluye trabajos de investigación no publicados previamente.

No deben exceder las 4.500 palabras, excluyendo resumen (en español e inglés) y citas bibliográficas.

- **Artículos de revisión.**

Los artículos de revisión son temáticos y no una recopilación de la bibliografía.

No deben exceder las 6.500 palabras, excluyendo resumen (en español e inglés) y citas bibliográficas.

- **Comunicaciones breves o presentación de casos.**

Deben ser presentaciones de importantes nuevos resultados vinculados a la temática de la Revista. No excederán las 1.000 palabras, excluyendo resumen (en español e inglés) y citas bibliográficas.

Está permitido un máximo de cinco citas. Podrán incluir una sola figura/gráfico o tabla.

- **Monografías.**

Se publicarán dos monografías por año. Las seleccionará el Director de la Escuela Argentina de Mastología entre las mejores de cada año.

No deberán exceder las 8.000 palabras, excluyendo resumen (en español e inglés) y citas bibliográficas.

- **Cartas de lectores.**

Se aceptarán las cartas de lectores vinculadas a publicaciones de la Revista.

Su extensión no será mayor a las 500 palabras, excluyendo, si los hubiere, resumen y citas bibliográficas.

GENERALIDADES

Cualquiera sea el tipo de documento, el envío del material para su publicación en la Revista será vía correo electrónico a la dirección info@samas.org.ar.

El autor precisará en qué categoría de documento desea que se publique su artículo.

En todos los casos, se deberá adjuntar los nombres de dos autores y su correspondiente correo electrónico (e-mail) para la remisión de las consideraciones y/o correcciones del Secretario o Director de Publicaciones.

Todos los artículos deberán ser escritos en español, con el correspondiente resumen y palabras clave en español e inglés.

Los documentos serán remitidos en formato Word, fuente tipográfica Times New Roman 12 puntos, a doble espacio, con un margen de 3 cm izquierdo y derecho. Se adjuntará también la versión PDF.

Para su seguridad, el/los autor/es deberán guardar una copia del documento remitido.

El envío del artículo implica que el mismo no fue publicado previamente (excepto en la forma de un abstracto como parte de una conferencia o tesis académica). Asimismo, no deberá estar en consideración de ser aprobado por otra revista. Deberá contar con la aprobación de todos los autores y, tácita o explícitamente, de las autoridades responsables del lugar donde se realizó el artículo.

De ser aceptado por la Dirección de la Revista, no será publicado en otro lado con el mismo formato en español o en ningún otro idioma sin el consentimiento escrito de esta Revista.

Las opiniones y conclusiones vertidas en los trabajos publicados, así como las expresadas en los debates, son responsabilidad exclusiva de quienes las hayan formulado. Es facultad de las autoridades de la Revista la corrección gramatical o de estilo, según necesidad.

Los trabajos aceptados pueden ser objeto de un comentario editorial. Se deberá incluir carta adjunta al documento enviado con enunciado de "Responsabilidad científica y de publicación exclusiva".

ESTRUCTURA DEL DOCUMENTO

Estas instrucciones están en concordancia con el International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *JAMA* 1993; 269: 2282-2286.

Generalidades

Título: Conciso e informativo, indicará el punto más importante del trabajo. Se remitirá también el título en inglés. Debe recordarse que el título es usado habitualmente en la búsqueda de trabajos vinculados. De ser posible, habrá de evitarse la inclusión de abreviaturas y fórmulas.

Nombres y filiaciones de los autores: Se indicará correctamente: nombre y apellido de cada uno de los autores; lugar de trabajo y cargo; cuándo se realizó el trabajo; y dirección postal, país de pertenencia y e-mail.

Responsable de la correspondencia: Se debe precisar claramente quién recibirá la correspondencia vinculada a la publicación y pospublicación, detallando los siguientes datos: dirección postal, código postal, teléfono fijo, teléfono celular, fax (incluir país y código de área) y correo electrónico de contacto (e-mail).

Dirección permanente: Si algún autor era visitante al momento de la realización del trabajo, o modificó luego su filiación, deberá incluir en los datos una dirección permanente como nota al pie.

Abreviaturas: Las abreviaciones que no son estándar deben desarrollarse en forma completa en la primera ocurrencia del artículo, sea en el resumen o a lo largo del texto, asegurando su consistencia a lo largo del trabajo.

Agradecimientos: Deberán incluirse solo en una sección separada al final del artículo y no en la página del título como nota al pie o de otra manera.

SECUENCIA DE ORGANIZACIÓN DEL DOCUMENTO

Resumen

Se requiere un resumen conciso y basado en hechos. Deberá ser escrito en español (Resumen) e inglés (Summary) (máximo, en cada idioma, de 200 palabras en artículos originales y de 100 para comunicaciones breves).

El resumen tiene que incluir el propósito del trabajo, los principales resultados y destacar las conclusiones. Procede pues, desarrollarlo según la estructura o secuencia de organización del documento: Introducción, Objetivo, Material y método, Resultados, Discusión, Conclusiones.

Deberán excluirse las citas bibliográficas.

Palabras clave

Inmediatamente después del resumen en español y del Summary, deberá incluirse un máximo de seis palabras clave (key words), eliminando términos generales y plurales y conceptos múltiples (eliminar, por ejemplo, "y", "de"). Se sugiere ser económico con las palabras clave. Estas serán usadas para realizar el Índice.

Introducción

Incluye la razón o el motivo de la realización del trabajo. Dado que se trata de una Revista especializada, no es necesario incluir una revisión detallada de la bibliografía.

Objetivo

Debe establecerse de manera concreta y clara el propósito u objetivo de la investigación.

Material y método

Solo si se tratare de un método nuevo, deberá hacerse una completa descripción técnica. En el método se debe incluir solamente la información disponible en el momento en que fue escrito el protocolo.

Toda información obtenida durante la realización del estudio presentado pertenece a la sección resultados.

Resultados

Se presentarán los resultados representativos ilustrados en las tablas/ cuadros y figuras o gráficos.

Deben usarse preferentemente tests estadísticos reconocidos. Se sugiere consultar a un estadígrafo o especialista en textos estadísticos para un adecuado asesoramiento.

Discusión

En esta sección se resaltarán el objetivo y resultados del trabajo y se los comparará con las distintas publicaciones nacionales e internacionales que figuren en la literatura buscada. Luego de cada estudio o reporte analizado, se identificará la cita bibliográfica consultada con un número entre paréntesis, el cual remitirá a la respectiva referencia bibliográfica al final del trabajo.

Conclusiones

En esta sección no deben recapitularse los resultados; lo que se debe relatar son los hallazgos de los autores.

Citas bibliográficas (Referencias)

La certeza de las citas bibliográficas es responsabilidad del autor. Las mismas deberán ser ingresadas en el texto consecutivamente en números arábigos entre paréntesis.

Al final del trabajo, bajo el título Referencias, se incluirá la lista de citas en orden numérico separadas por doble espacio, ateniéndose a las siguientes pautas:

Artículos de Revistas

Las citas de una revista deben incluir: apellido del autor y sus iniciales (inscribir todos los autores cuando son seis o menos; si son siete o más, incluir solo los tres primeros y agregar "et al."), título completo del trabajo, nombre de la revista (en cursivas) usando el Index Medicus Abbreviations, año de publicación, volumen, número, número de la primera y última página. Por ejemplo:

1. Cochrane R, Gee A, Ellis H. Microscopic topography of the male breast. *The Breast* 1992; 1: 25-27.
2. Kleinberg DL, Noll GL, Frantz AG. Galactorrhea: a study of 235 cases, including 48 with pituitary tumors. *N Engl J Med* 1977; 296: 589-600.

Capítulo en un libro

3. Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. *Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management*. 2nd ed. New York: Kaven Press, 1995, pp. 465-78.

Libro

4. Haagenson CD. *Disease of the Breast*. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders, 1986, pp.173.

Internet

5. 1996 NRC Guide for the Care and Use of Laboratory Animals. Available at <<http://www.nap.edu/readingroom/books/labrats/contents.html>>. Accessed: October 20, 2003.

Tablas/Cuadros, Gráficos, Figuras, Ilustraciones

Todos los elementos paratextuales (tablas/cuadros, fotos, gráficos, figuras, ilustraciones) deben estar incorporados en el texto en Word con su debida numeración, título y referencia intratextual. Además, deben también remitirse en archivos separados según se indica a continuación.

Tablas/Cuadros

Serán remitidas, como el texto, en formato Word, fuente tipográfica Times New Roman 12 puntos a doble espacio, sin usar líneas verticales.

Si fueron editadas en otra aplicación (por ejemplo, Excel), se debe remitir el documento original (por ejemplo, xlsx) por separado.

Cada tabla debe ser numerada y subtitulada y con indicación clara de su ubicación en el texto. Las leyendas y notas explicativas deben ir al pie de la tabla.

Las tablas deben ser parte del texto y por sí explicativas; sus datos no deben ser duplicados en el texto o ilustraciones.

Gráficos

Cada gráfico debe ser numerado y subtitulado. Además de su incorporación en el cuerpo del artículo y con indicación clara de su ubicación dentro del texto, deben ser remitidos por separado en el formato original en que fueron editados (por ejemplo, Excel). No se admitirán gráficos en formato JPEG o similar.

Ilustraciones

Como los demás elementos paratextuales, deben tener número y título. Se indicará claramente su ubicación en el texto.

Se remitirán en archivos separados. Deben ser de 1.280 x 960 píxeles y 150 píxeles por pulgada de definición, como mínimo, y se presentarán en formato TIFF (aunque se aceptan, además, los formatos JPEG y EPS). No se aceptarán ilustraciones cuya clara visualización resulte imposible.