

¿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. ◀