

Cáncer de mama familiar y amputación mamaria bilateral preventiva

Señor director:

Me gustaría que se publicase en la *Revista de Senología y Patología Mamaria* que usted dirige mi comentario al trabajo de la Clínica Mayo sobre cáncer de mama familiar y amputación mamaria bilateral.

El trabajo salió publicado el día 14 de enero de 1999 en la revista médica *New England Journal of Medicine*, vol. 340, n.º 2, con el título «Efficacy of bilateral prophylactic mastectomy in women with a family history of breast cancer», siendo sus autores Lynn C. Hartmann et al, de la Mayo Clinic and Mayo Foundation, Rochester, Minnesota (EE. UU.).

Analizan retrospectivamente, y no prospectivamente, lo ocurrido entre 1960 y 1993 en un grupo de 639 mujeres con alto y medio riesgo familiar para cáncer de mama y a las que se les practicó amputación de ambas mamas, en general mastectomías subcutáneas, es decir, conservando la piel y el tejido subcutáneo en comparación con un grupo de mujeres, hermanas de aquéllas, por tanto, con el mismo riesgo familiar y a las que no se les practicó la citada operación. Hicieron un seguimiento de 14 años de media y las mujeres tenían una edad media de 42 años.

Dedujeron de estos estudios que 75 de esas mujeres hubieran tenido cáncer de mama (11,7%) y no lo hubieran tenido 564 (88,2%), y aún más, de las 75 anteriores, siete, a pesar de la operación lo padecieron en los tejidos subdérmicos que quedaron tras la intervención (9,3%). Es decir, que en 564 de ellas no había necesidad de tal operación y en las que se realizó fue ineficaz en el 9% de los casos.

Concluye el trabajo diciendo que «la mastectomía bilateral profiláctica en mujeres con alto riesgo de cáncer de mama por su historia familiar puede reducir de forma significativa la incidencia de cáncer de mama».

Hoy día sabemos que sólo el 5% de los cánceres de mama tienen el factor hereditario (gen BRCA alterado) y que tan sólo el 0,5% de las mujeres son portadores de dicho gen (una de cada 200 o cinco de

cada 1.000), por lo que en las mujeres con sospecha de cáncer de mama hereditario (dos o más familiares de primer grado con cáncer de mama) podemos pedir la determinación de este gen con un análisis de sangre.

Por otra parte, y éste es nuestro criterio, hoy día en estos casos la quimioprevención hormonal con tamoxifeno o sus derivados proporciona un 50% de reducción de incidencia del cáncer, y si a esto añadimos las ventajas de un correcto seguimiento anual con exploración clínica y mamográfica, con las que podemos diagnosticar lesiones premalignas y malignas *in situ*, que se curan en el 100% de los casos, y tumores invasores pequeños (T1a, T1b y T1c) de hasta 1,5 cm de diámetro que se curan en el 90% de los casos parece que esa cirugía no es la mejor elección rutinaria o sistemática para dichas mujeres.

No es, por tanto, el mejor método terapéutico para las mujeres con esa circunstancia.

Curiosamente, en el mismo número de la revista mencionada, el editorial de A. Eisen y B. L. Weber, de la Universidad de Pennsylvania, Philadelphia (EE. UU.), que trata de este tema, concluye diciendo que «avances recientes en la quimioprevención junto con otras estrategias de detección y seguimiento precisos deben reemplazar a la mastectomía profiláctica como operación en esas mujeres», por tanto no somos nosotros solos los que opinamos así.

En definitiva, nuestra postura en estos casos es la de no generalizar y sí tratar individualmente a cada una de estas mujeres con esa circunstancia familiar, dándoles una correcta información para tomar una decisión de común acuerdo médico y paciente, pero debe tenerse en cuenta que tal operación puede llevar a estados psicológicos que hagan decir «es peor el remedio que la enfermedad».

Alfonso Fernández-Cid Fenollera
*Jefe de los Servicios de Ginecología
 y director del Comité de Mastología
 del Instituto Universitario Dexeus de Barcelona.*

Seroma intracapsular en el cambio de prótesis mamarias

Señor director:

Paciente de 38 años, con prótesis bilateral, en posición retromuscular, colocadas por vía axilar hace 9 años. Refiere dolor en el pecho derecho de aproximadamente 3 meses de evolución, una disociación entre la posición de las prótesis y el aspecto exterior de las mamas que están prosadas, con evidente inestetismo. Mamografía normal.

Debido al tiempo transcurrido desde la colocación de las prótesis (prótesis lisas: recomendamos el cambio a los 10 años), los síntomas y el deseo de la paciente se decide el cambio de las mismas por prótesis texturadas. La paciente opta por la vía submamaria por no desear cicatrices en la aréola.

Se procede la remoción de las prótesis por vía submamaria y confección de la neobolsa en posición retroglándular. Encontramos la prótesis en la mama derecha rota, pero con el gel retenido dentro de la cápsula periprotésica (lo que justificaría el dolor en los últimos meses). Vaciamos todo el contenido en la bolsa y lavamos exhaustivamente la cavidad. La prótesis del lado izquierdo estaba íntegra.

Se hicieron incisiones radiales en la cara superior interna de la cápsula derecha para que la fibrosis

reaccional promoviera el cierre de la cavidad por la fusión de ambas paredes. No se hicieron incisiones del lado izquierdo. Nuestra conducta sistemática es una hemostasia cuidadosa y no poner drenos en cirugía de prótesis de mamas, pues consideramos el dreno una potencial vía de contaminación.

En el postoperatorio cursó con dolor e hinchazón en la mama izquierda. La ecografía realizada a los 6 días reveló colección líquida en posición retromuscular ocupando el espacio de la cápsula antigua. Procedimos una punción ecoguiada que retiró líquido seroso estéril. Curativo compresivo y resolución del problema conforme control ecográfico 3 días después.

Conclusión. Sugerimos la adopción sistemática de la conducta de proceder cortes con bisturí eléctrico, radiales, en una o ambas caras internas de la cápsula antigua al hacer el cambio de posición de las prótesis mamarias, con el objetivo de prevenir la formación de seromas enquistados en el espacio capsular.

Leónidas Varella* y Maira Caleffi**

*Cirujano Plástico. Barcelona.

**Senóloga. Porto Alegre (Brasil).