

La mama contralateral. Visión del mastólogo

Dentro de las especialidades médicas, la mama contralateral es materia de opinión por parte de distintos especialistas, desde el genetista hasta el cirujano plástico, sin dejar de lado las consideraciones de la paciente que fue o será tratada de un cáncer de mama unilateral. Entran en la lista clínicos, imagenólogos, patólogos, oncólogos, y tal vez más. Es posible que las opiniones que surjan no sean uniformes, y hasta pueden tener un sesgo propio del especialista que las formule.

Por ello, esta Editorial está enfocada a tratar el tema de la mama contralateral desde la visión del mastólogo. Para entender el enfoque, se debe aclarar el concepto mismo de mastólogo, que no está limitado a un profesional experto en patología mamaria. El mastólogo debe ser “un médico especializado en todo lo referente a las mamas, con una visión global y general de su problemática, reconocido por sus pares y *sin una tendencia irreversible ante circunstancias específicas*”.

En lo que hace al quehacer médico de los cirujanos, la mama contralateral atraviesa su tercera etapa. La primera –preimagenológica– fue hace casi 60 años (véase en *Cancer* 1967; 201: 867-1870) cuando Urban, sobre 334 resecciones en espejo en la mama opuesta de las pacientes con cáncer de mama, encuentra un 14% de cánceres y un 10% de hiperplasias atípicas. La segunda –imagenológica– irrumpe francamente con la mamografía a partir de fines de los años 60 –después se le unirán ecografía, resonancia, etc.– para detectar el menor indicio de patología sospechosa que permita diagnosticar el cáncer bilateral sincrónico o metacrónico.

Pero ya se ha entrado en la tercera etapa –de disminución de riesgo–: impedir que aparezca el cáncer contralateral efectuando ciru-

gías de disminución de riesgo sobre esa mama, es decir, “que no quede tejido mamario” (o, tal vez, sería más correcto decir “que quede el menor tejido mamario posible”) para que no aparezca el cáncer.

Los números muestran una paradoja: mientras que la incidencia del cáncer de mama contralateral en los Estados Unidos disminuyó entre 1975 y 2006 en un 3% por año (*J Clin Oncol* 2011 Apr; 29 (12):1564-9), en el Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, sobre 2.965 pacientes tratadas de cáncer de mama Estadios 0 a III entre 1997 y 2005, la mastectomía contralateral profiláctica subió del 6,7% en 1997 al 24,2% en 2005 (*J Clin Oncol* 2011 Jun; 29 (16): 2158-64).

El tema ha ido más allá de las publicaciones médicas, y hoy es común que las pacientes, tal vez en un tono imperativo, nos pregunten “¿Por qué no me saca la otra mama?”

Las indicaciones para actuar sobre la mama restante no son pocas, pero tampoco son tantas como para justificar este aumento real de cirugías de disminución de riesgo. La lista incluye pacientes con mutaciones del BRCA u otros genes, que padecen carcinoma lobulillar, que tienen el cáncer a una edad joven, que pertenecen a una familia de alto riesgo aunque no tengan estudio de mutaciones genéticas, con tumores Estadio III, con receptores hormonales negativos. Ante estas condiciones –y hasta fuera de ellas–, ¿no existe una sobreestimación de riesgo? Sin duda existe, y deriva de tres fuentes: los médicos, las pacientes y la comunidad.

Los médicos saben que la enfermedad cáncer de mama no cambió, que es la misma que nos enseñaron nuestros mayores, que la mayoría de las veces tiene un curso inexorable y que solo el diagnóstico temprano abre perspectivas de curación. Pero ellos sí cambiaron. La mayoría de las veces, se manejan con tratamientos conservadores: o menos que una cuadrantectomía, o hasta respetando aréola y pezón, o con una visión “estética” del tratamiento; y, sin ser cirujanos plásticos, “ven” ambas mamas cuando el cáncer está solo en una. Están más propensos a adelantarse a hechos futuros aunque no estén dadas condiciones ineludibles para la mama contralateral.

Las pacientes guardan un temor nato de que les pase lo mismo en la otra mama. Su lucha interior entre conservarla tal cual –más todavía si el cáncer fue tratado con cirugía conservadora– o no tener que pensar en un nuevo cáncer de mama las coloca en una disyuntiva que puede pesar en la decisión definitiva de su médico.

La comunidad es parte de esa sobreestimación. Las publicaciones no médicas al alcance de las mujeres ofrecen una opinión global sobre el cáncer de mama que puede ser exagerada, como también sobre la mama enferma y la mama sana. Hoy una amiga sin cáncer le dice a la que lo tiene: “¿Por qué no te sacas la otra mama?”. Y sobre esta complejidad hay que actuar con visión de mastólogo.

Si se decide actuar sobre la mama contralateral, se deben respetar tres premisas fundamentales: que el acto médico asegure –o, tal vez, permita– la no aparición del cáncer metacrónico, una supervivencia más prolongada y un mejor equilibrio emocional de la paciente. Uno solo de esos tres factores que fracase implicará no haber conseguido la finalidad propuesta.

Antes de tomar la decisión de la cirugía de disminución de riesgo de la mama contralateral –aunque el peso principal sea el deseo por parte de la propia paciente–, hay que valorar con experiencia qué pueden darnos las actuales imágenes mamarias sobre la estructura glandular si la paciente va a tener los cuidados mediatos que corresponden. Un diagnóstico de T1S o de un T1a en la mama contralateral no va a influir en la supervivencia, que estará dada por el estadio del tumor original.

El mastólogo debe ser quien en definitiva haga la indicación de cirugía de disminución de riesgo de la mama contralateral. Debe recoger las opiniones de los otros miembros del equipo mastológico, pero su visión sistémica de la enfermedad cáncer de mama y del estado emocional de la paciente estarán por encima de factores aislados que justificarían una conducta agresiva. Hoy vemos que *el futuro de la mama contralateral está en manos más de la tendencia del Centro de Mastología que de las decisiones de los propios mastólogos.*

Dr. Edgardo Bernardello