



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Mastectomía profiláctica para la prevención del cáncer de mama primario (Revisión)

Carbine NE, Lostumbo L, Wallace J, Ko H

Carbine NE, Lostumbo L, Wallace J, Ko H.
Risk-reducing mastectomy for the prevention of primary breast cancer
(Mastectomía profiláctica para la prevención del cáncer de mama primario).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 4. Art. No.: CD002748.
DOI: [10.1002/14651858.CD002748.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD002748.pub4).

www.cochranelibrary.com/es

[Revisión de intervención]

Mastectomía profiláctica para la prevención del cáncer de mama primario

Nora E Carbine¹, Liz Lostumbo², Judi Wallace³, Henry Ko^{4,5}¹Translational Breast Cancer Research Consortium (TBCRC), Georgetown University Lombardi Cancer Center, Washington, D.C., USA.²Gaithersburg, Maryland, USA. ³Baltimore, Maryland, USA. ⁴NHMRC Clinical Trials Centre, University of Sydney, Camperdown, Australia.⁵Centre for Health Services Research, SingHealth, Academic Medicine Research Institute, Duke-NUS Graduate Medical School, Singapore, Singapore**Contacto:** Nora E Carbine, Translational Breast Cancer Research Consortium (TBCRC), Georgetown University Lombardi Cancer Center, Washington, D.C., 20007, USA. necarbine@comcast.net.**Grupo Editorial:** Grupo Cochrane de Cáncer de Mama.**Estado y fecha de publicación:** Estable (no se espera ninguna actualización por las razones que se indican en “Novedades”), publicada en el número 1, 2019.**Referencia:** Carbine NE, Lostumbo L, Wallace J, Ko H. Risk-reducing mastectomy for the prevention of primary breast cancer (Mastectomía profiláctica para la prevención del cáncer de mama primario). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 4. Art. No.: CD002748. DOI: [10.1002/14651858.CD002748.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD002748.pub4).

Copyright © 2019 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

Los recientes progresos en la comprensión de la base genética del cáncer de mama y los informes ampliamente difundidos de celebridades que se someten a la mastectomía para reducir el riesgo (MRR) han aumentado el interés en la MRR como método de prevención del cáncer de mama. Esta es una actualización de una revisión Cochrane publicada por primera vez en 2004 y actualizada previamente en 2006 y 2010.

Objetivos

i) Determinar si la mastectomía para reducir el riesgo reduce las tasas de mortalidad por cualquier causa en las mujeres que nunca han tenido cáncer de mama y en las mujeres que tienen antecedentes de cáncer de mama en una mama, y ii) examinar el efecto de la mastectomía para reducir el riesgo sobre otras variables principales de evaluación como la incidencia de cáncer de mama, la mortalidad por cáncer de mama, la supervivencia libre de enfermedad, la morbilidad física y los resultados psicosociales.

Métodos de búsqueda

Para esta actualización de la revisión, se realizaron búsquedas en el Registro Especializado de Cáncer de Mama Cochrane, MEDLINE, Embase y en la WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) el 9 de julio 2016. Se incluyeron estudios en inglés.

Criterios de selección

Entre las participantes se encontraban mujeres con riesgo de cáncer de mama en al menos una mama. Las intervenciones incluyeron todos los tipos de mastectomía realizadas con el propósito de prevenir el cáncer de mama.

Obtención y análisis de los datos

Al menos dos autores de la revisión extrajeron de forma independiente los datos de cada informe. Los datos se resumieron de manera descriptiva; el metanálisis cuantitativo no fue factible debido a la heterogeneidad de los diseños de los estudios y al informe insuficiente. Se analizaron los datos por separado para la mastectomía bilateral para reducir el riesgo (MBRR) y la mastectomía contralateral para reducir el riesgo (MCRR). Cuatro autores de la revisión evaluaron la calidad metodológica para determinar si los métodos utilizados minimizaron de manera suficiente el sesgo de selección, el sesgo de realización, el sesgo de detección y el sesgo de desgaste.

Resultados principales

Los 61 estudios incluidos fueron observacionales y tuvieron algunas limitaciones metodológicas; no hubo ensayos aleatorizados. Los estudios presentaron datos sobre 15 077 mujeres con una amplia variedad de factores de riesgo para el cáncer de mama, sometidas a MRR.

Veintiún estudios de MBRR que examinaron la incidencia del cáncer de mama o la mortalidad específica de la enfermedad, o ambas, informaron sobre reducciones después de la MBRR, en particular para las mujeres con mutaciones BRCA1/2. Veintiséis estudios de MCRR informaron de manera consistente sobre reducciones en la incidencia de cáncer de mama contralateral, pero fueron inconsistentes en cuanto a las mejoras en la supervivencia específica de la enfermedad. Siete estudios intentaron controlar por múltiples diferencias entre los grupos de intervención y no mostraron ventajas en cuanto a la supervivencia general para la MCRR. Otro estudio mostró una mejora significativa de la supervivencia después de la MCRR, pero después de ajustar por la salpingooforectomía bilateral para reducir el riesgo (SOBRR), el efecto de la MCRR sobre la mortalidad por todas las causas dejó de ser significativo.

Veinte estudios evaluaron medidas psicosociales; la mayoría informó sobre altos niveles de satisfacción con la decisión de someterse a una MRR, pero hubo una mayor variación en cuanto a la satisfacción con los resultados cosméticos. La preocupación por el cáncer de mama se redujo significativamente después de la MBRR cuando se comparó con los niveles de preocupación iniciales y con los grupos que optaron por la vigilancia en lugar de la MBRR, pero hubo una disminución de la satisfacción con la imagen corporal y los sentimientos sexuales.

Diecisiete series de casos que informaron sobre los eventos adversos de la MRR con o sin reconstrucción informaron sobre tasas de reoperaciones no previstas, desde el 4% en las que no se sometieron a reconstrucción, hasta el 64% en las participantes con reconstrucción.

En las mujeres que han tenido cáncer en una mama, la extirpación de la otra mama puede reducir la incidencia del cáncer en esa otra mama, pero no hay evidencia suficiente de que esta intervención mejore la supervivencia debido al riesgo continuo de recurrencia o metástasis del cáncer original. Además, al considerar la MRR, se deben considerar otras opciones para reducir el riesgo de cáncer de mama, como la SOBRR y la quimioprevención.

Conclusiones de los autores

Aunque los estudios observacionales publicados demostraron que la MBRR fue efectiva para reducir la incidencia y la muerte por cáncer de mama, se recomiendan estudios prospectivos más rigurosos. La MBRR solo se debe considerar en las mujeres con un alto riesgo de enfermedad, por ejemplo, las portadoras de BRCA1/2. Se demostró que la MCRR reduce la incidencia de cáncer de mama contralateral, pero no hay evidencia suficiente de que la MCRR mejore la supervivencia, y se recomiendan estudios que controlen por las múltiples variables de confusión. Es posible que el sesgo de selección en términos de mujeres más sanas y jóvenes a las que se les recomienda o que eligen la MCRR produzca mejores números de supervivencia general para la MCRR. Debido al número de mujeres que pueden ser tratadas en exceso con MBRR/MCRR, es fundamental que las mujeres y los médicos comprendan el verdadero riesgo de cada mujer individual antes de considerar la cirugía. Además, al considerar la MRR, se deben considerar otras opciones para reducir el riesgo de cáncer de mama, como la SOBRR y la quimioprevención.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Las mujeres deben ser conscientes de su verdadero riesgo de desarrollar cáncer de mama y de las limitaciones de la evidencia actual cuando consideren la posibilidad de una mastectomía para reducir el riesgo

Pregunta de la revisión

Se examinó la evidencia sobre si la mastectomía para reducir el riesgo (MRR) reduce las tasas de mortalidad por cualquier causa en mujeres que nunca han tenido cáncer de mama y en mujeres que tienen antecedentes de cáncer de mama en una mama. Además, se examinó el efecto de la MRR sobre otras variables principales de evaluación, como la incidencia de cáncer de mama, la mortalidad por cáncer de mama, la supervivencia libre de enfermedad, la morbilidad física y los resultados psicosociales.

Antecedentes

Los recientes progresos en la comprensión de la base genética del cáncer de mama y los informes ampliamente difundidos de celebridades que se someten a MRR han aumentado el interés en ella como método de prevención del cáncer de mama.

Características de los estudios

Sesenta y un estudios presentaron datos sobre 15 077 mujeres con una amplia variedad de factores de riesgo para desarrollar cáncer de mama, que se sometieron a MRR. La mastectomía para reducir el riesgo puede incluir la extirpación quirúrgica de ambas mamas para prevenir el cáncer de mama (mastectomía bilateral para reducir el riesgo o MBRR), o la extirpación de la mama libre de enfermedad en mujeres que han tenido cáncer de mama en una mama para reducir la incidencia de cáncer de mama en la otra mama (mastectomía contralateral para reducir el riesgo o MCRR). La evidencia está actualizada hasta julio 2016.

Resultados clave

Los estudios de la MBRR informaron que redujo la incidencia del cáncer de mama o el número de muertes o ambos, pero muchos de los estudios tienen limitaciones metodológicas. Después de la MBRR, la mayoría de las mujeres están satisfechas con su decisión, pero informaron menos satisfacción con los resultados cosméticos, la imagen corporal y los sentimientos sexuales. Una de las complicaciones de la MRR fue la necesidad de cirugías adicionales no anticipadas, particularmente en mujeres que se someten a una reconstrucción después de la MRR. Sin embargo, la mayoría de las mujeres también experimentaron una menor preocupación por desarrollar cáncer de mama y morir por esta causa, así como una menor satisfacción con la imagen corporal y los sentimientos sexuales.

En las mujeres que han tenido cáncer en una mama, la extirpación de la otra mama (MCRR) puede reducir la incidencia del cáncer en esa otra mama, pero no hay evidencia suficiente de que mejore la supervivencia debido al riesgo continuo de recurrencia o metástasis del cáncer original.

Aunque los estudios observacionales publicados demostraron que la MBRR fue efectiva para reducir la incidencia y la muerte por cáncer de mama, se recomiendan estudios prospectivos más rigurosos. La MBRR solo se debe considerar en las mujeres con alto riesgo de enfermedad, por ejemplo, las portadoras de mutaciones en los genes de cáncer de mama, BRCA1 y BRCA2. Se demostró que la MCRR reduce la incidencia del cáncer de mama contralateral (CMC), pero no hay evidencia suficiente de que la MCRR mejore la supervivencia, y se recomiendan estudios que controlen por las múltiples variables que pueden afectar los resultados. Es posible que el sesgo de selección en términos de mujeres más sanas y jóvenes a las que se les recomienda o que eligen la MCRR produzca mejores números de supervivencia general para la MCRR.

Calidad de la evidencia

Poco más de la mitad de los estudios tuvieron bajo riesgo de sesgo de selección, es decir, los estudios se ajustaron por las diferencias sistemáticas en el pronóstico o la capacidad de respuesta al tratamiento entre los grupos, y de manera similar, el 60% tuvo bajo riesgo de sesgo de detección, es decir, los estudios consideraron diferencias sistemáticas en las formas en las que se midieron y detectaron los resultados. La causa principal del sesgo de selección y del sesgo de detección fue no controlar por todos los factores de confusión importantes, p.ej. los factores de riesgo o la realización de una salpingo-ooforectomía bilateral para reducir el riesgo (SOBRR, cirugía para extirpar las trompas de Falopio y los ovarios) en la paciente y en los grupos control. El sesgo de realización (validación de la mastectomía para reducir el riesgo) no fue problemático, ya que la mayoría de los estudios se basaron en informes quirúrgicos; tres se basaron en autoinformes y ocho no fueron claros debido a las múltiples fuentes de datos o al amplio marco de tiempo. El riesgo de sesgo de desgaste fue alto o incierto en aproximadamente el 13% de los estudios. La media o mediana del período de seguimiento informado fue de uno a 22 años.

Conclusiones

Debido al número de mujeres que pueden ser tratadas en exceso con MBRR/MCRR, es fundamental que las mujeres y los médicos comprendan el verdadero riesgo de cada mujer individual antes de considerar la cirugía. Además, al considerar la MRR, se deben considerar otras opciones para reducir el riesgo de cáncer de mama, como la SOBRR y la quimioprevención.