



## CARTAS AL DIRECTOR

### Cáncer de mama metastásico: es el momento del cirujano



### Metastatic breast cancer: Now is the time for surgeons

Sr. Director:

Leemos en su revista la interesante carta remitida por Ghindinelli y Bianchi, en la que se cuestiona el tratamiento sistémico como única alternativa terapéutica en el cáncer de mama metastásico. Los autores reconocen que no hay, en la actualidad, estudios prospectivos aleatorizados que comparen el tratamiento sistémico frente a otros tratamientos, sin embargo, existe en la literatura un creciente número de publicaciones retrospectivas que avalan la superioridad de combinar tratamientos locorregionales frente al uso aislado de terapia sistémica en determinadas situaciones<sup>1,2</sup>.

El cáncer de mama estadio IV engloba un grupo muy heterogéneo de pacientes con factores pronósticos muy diversos, que pueden ser determinantes a la hora de plantear un rescate quirúrgico. Uno de estos factores, además de la respuesta a la quimioterapia, es el lugar de la metástasis. En este sentido, el uso de terapias locorregionales en el hueso está aceptado<sup>3</sup>. En cambio, el uso de estas terapias sobre las metástasis de otras localizaciones, como las hepáticas, es muy controvertido, a pesar de ser las segundas más frecuentes en el cáncer de mama, de estar presentes en el 15% de las pacientes y de que cerca de un 50% las desarrollará a lo largo de la enfermedad<sup>4,5</sup>. Históricamente existen 2 motivos por los cuales estas pacientes no son consideradas como candidatas a tratamiento quirúrgico; el primero se debe a que muchas de ellas presentan metástasis en otros lugares, motivo por el cual muchos grupos las siguen considerando irreseccables. El segundo motivo deriva del mal pronóstico asociado tradicionalmente a las metástasis hepáticas, que hace que en muchas ocasiones se descarten tratamientos agresivos como la cirugía<sup>4</sup>.

Hoy en día las guías clínicas europeas consideran que el abordaje local solo debe proponerse en pacientes muy seleccionadas con buen estado funcional, afectación hepática limitada y sin lesiones extrahepáticas, después de que una terapia sistémica adecuada haya demostrado el control de la enfermedad<sup>6</sup>. Sin embargo, los avances en el conocimiento de la enfermedad y de las terapias oncológicas podrían ampliar las indicaciones de la resección hepática hasta el punto de que la enfermedad extrahepática deje de ser una contraindicación absoluta para la cirugía. Esto podría supe-

rar las limitaciones antes comentadas y abrir una puerta hacia la curación de estas pacientes, llegando incluso a realizarse segundos y terceros rescates quirúrgicos con buenos resultados<sup>7,8</sup>.

A falta de estudios prospectivos que comparen los resultados a largo plazo de la cirugía de la resección hepática frente a la quimioterapia aislada, desde el año 2013 se han publicado 6 estudios caso-control que defienden que la resección hepática en las metástasis hepáticas de origen mamario puede ser superior al tratamiento sistémico aislado<sup>9–14</sup>.

Por todo ello, y de acuerdo con Ghindinelli y Bianchi y otros autores<sup>1,4</sup>, el dogma de que el tratamiento quirúrgico no tiene papel en el cáncer de mama estadio IV debe ser reconsiderado. La cirugía de las metástasis hepáticas del cáncer de mama es un tratamiento con resultados equiparables, en casos bien seleccionados dentro de un comité multidisciplinar, a los del tratamiento quirúrgico de las metástasis hepáticas de origen colorrectal<sup>15</sup>. Sin embargo, a pesar de que se han propuesto distintos modelos para seleccionar a las potenciales candidatas a la resección hepática<sup>16</sup>, es necesario realizar ensayos clínicos prospectivos o alcanzar consensos con la evidencia científica existente que permitan establecer protocolos que definan claramente el papel de las estrategias oncoquirúrgicas en el abordaje multimodal de las pacientes con cáncer de mama en estadio IV.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

- Ghindinelli F, Bianchi A. Metastatic breast cancer: Is systemic therapy the only effective treatment? *Rev Senol Patol Mamar*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.senol.2020.07.011>.
- Belda T, Montalvá EM, López-Andújar R, Rosell E, Moya-Herráiz A, Gómez I, et al. Papel de la resección quirúrgica en las metástasis hepáticas de carcinoma de mama: experiencia en los últimos 10 años en un hospital de referencia. *Cir Esp*. 2010;88:167–73. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2010.05.005>. PMID: 20638652.
- Lutz S, Balboni T, Jones J, Lo S, Petit J, Rich SE, et al. Palliative radiation therapy for bone metastases: Update of an ASTRO Evidence-Based Guideline. *Pract Radiat Oncol*. 2017;7:4–12. <http://dx.doi.org/10.1016/j.prro.2016.08.001>.
- Adam R, Aloia T, Krissat J, Bralet M-P, Paule B, Giacchetti S, et al. Is liver resection justified for patients with hepatic

- metastases from breast cancer? *Ann Surg.* 2006;244:897–908, <http://dx.doi.org/10.1097/01.sla.0000246847.02058.1b>.
5. Golse N, Adam R. Liver metastases from breast cancer: What role for surgery? Indications and results. *Clin Breast Cancer.* 2017;17:256–65, <http://dx.doi.org/10.1016/j.clbc.2016.12.012>.
  6. Cardoso F, Paluch-Shimon S, Senkus, Curugliano G, Aapro M, André F, et al. 5th ESO-ESMO international consensus guidelines for advanced breast cancer (ABC 5). *Ann Oncol.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.annonc.2020.09.010>.
  7. Ruiz A, Castro-Benitez C, Sebahg M, Giacchetti S, Castro-Santa E, Wicherts A, et al. Repeat hepatectomy for breast cancer liver metastases. *Ann Surg Oncol.* 2015;22 Suppl 3:S1057–66, <http://dx.doi.org/10.1245/s10434-015-4785-8>.
  8. Bacalba?a N, Balescu I, Dima S, Popescu I. The role of re-resection for breast cancer liver metastases-a single center experience. *Anticancer Res.* 2015;35:6877–80.
  9. Mariani P, Servois V, De Rycke Y, Bennett S, Feron J, Almubarak M, et al. Liver metastases from breast cancer: Surgical resection or not? A case-matched control study in highly selected patients. *Eur J Surg Oncol.* 2013;39:1377–83, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejso.2013.09.021>.
  10. Ruiz A, van Hillegersberg R, Siesling S, Castro-Benitez C, Sebahg M, Wicherts D, et al. Surgical resection versus systemic therapy for breast cancer liver metastases: Results of a European case matched comparison. *Eur J Cancer.* 2018;95:1–10, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2018.02.024>.
  11. Sundén M, Hermansson C, Taflin H, Andersson A, Sund M, Hemmingsson O. Surgical treatment of breast cancer liver metastases-A nationwide registry-based case control study. *Eur J Surg Oncol.* 2020;46:1006–12, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejso.2020.02.008>.
  12. Feng Y, He XG, Zhou CM, Zhang QY, Huang SY, Li Z, et al. Comparison of hepatic resection and systemic treatment of breast cancer liver metastases: A propensity score matching study. *Am J Surg.* 2020;220:945–51, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2020.02.047>.
  13. Chun Y, Mizuno T, Cloyd J, Jin Ha M, Omichi K, Tzeng C, et al. Hepatic resection for breast cancer liver metastases: Impact of intrinsic subtypes. *Eur J Surg Oncol.* 2020;46:1588–95, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejso.2020.03.214>.
  14. Wen J, Ye F, Xie F, Liu D, Huang L, Fang C, et al. The role of surgical intervention for isolated breast cancer liver metastasis: Results of case-control study with comparison to medical treatment. *Cancer Med.* 2020;9:4656–66, <http://dx.doi.org/10.1002/cam4.3117>.
  15. Cheung T, Chok K, Chan A, Tsang S, Dai W, Tau T, et al. Survival analysis of breast cancer liver metastasis treated by hepatectomy: A propensity score analysis for Chinese women in Hong Kong. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int.* 2019;18:452–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.hbpd.2019.08.001>.
  16. Ruiz A, Sebahg M, Wicherts D, Castro-Benitez C, Hillegersberg R, Paule B, et al. Long-term survival and cure model following liver resection for breast cancer metastases. *Breast Cancer Res Treat.* 2018;170:89–100, <http://dx.doi.org/10.1007/s10549-018-4714-1>.
- Manuel Bellver Oliver<sup>a,\*</sup>, Laura Granel Villach<sup>a</sup>, Eduardo Martínez de Dueñas<sup>b</sup> y Ángel Moya Herráiz<sup>a</sup>
- <sup>a</sup> *Servicio de Cirugía, Unidad de Cirugía HPB, Hospital General Universitario de Castellón, Castellón de la Plana, España*
- <sup>b</sup> *Servicio de Oncología Médica, Unidad de Patología Mamaria, Hospital Provincial de Castellón, Castellón de la Plana, España*
- \* Autor para correspondencia.  
 Correo electrónico: [mbellver@icloud.com](mailto:mbellver@icloud.com)  
 (M. Bellver Oliver).
- <https://doi.org/10.1016/j.senol.2020.10.001>  
 0214-1582/ © 2020 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U.  
 Todos los derechos reservados.

## Pathology of breast lesions in female transgender



## Patología de las lesiones mamarias en las mujeres transgénero

Dear Editor,

In relation to the article presented by Tresserra et al.,<sup>1</sup> the social and legislative changes that have occurred in recent years regarding sexual diversity, together with the greater availability of specialized health care, have increased visibility, social openness and request for gender confirmation treatments.

Regarding breast surgery, it has led to a notable increase in the number of users at an ever younger age. As surgeons dedicated to the treatment of the breast, since we began breast surgery in gender diversity, we have been especially concerned about the potential risk of breast cancer in transsexual women due to prolonged exposure to hormonal treatment to which individual and hereditary risk factors are added.

Most transsexual women start feminizing treatment one or two years before breast surgery, however the majority of current evidence suggests that neither type nor dosage of estrogen has an effect on final breast size.<sup>2</sup> Furthermore, there is no evidence on these histological and mammographic differences result in clinically significant breast size differences. Some authors suggest that age at de beginning, body mass index and breast individual sensitivity to hormones can influence on final size breast, but there are no evidence based.

The main goal in the next few years would be define witch type of treatment or treatments and at which doses might optimize breast development. When we refer to development, we mean volume incresase. From the histological perspective, it would be better for the trans breast not to acquire female modifications, thus avoiding or reducing the risk of breast pathology typical of cis women.

Although to date no increased risk has been shown compared to cisgender men with estrogen treatment. There are no studies that inform us of the risk in combined treatments (estrogens-progestogens). Some authors point out that it is probably not necessary to undertake population screening in transgender people.<sup>3</sup> However, the WPATH and different