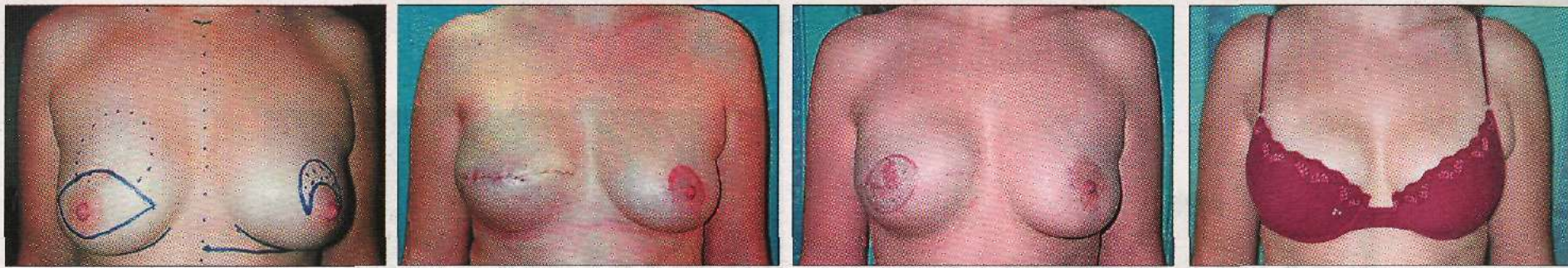


Estar bien

Cirugía del cáncer de mama



Diferentes secuencias de una mujer operada de cáncer de mama a la que se le ha realizado una reconstrucción mamaria.

A dos de cada diez mujeres con cáncer de mama se les extirpa el pecho. Hay varias técnicas de reconstrucción con prótesis de silicona o tejido de la paciente. La reconstrucción mamaria inmediata destaca porque no altera el tratamiento oncológico y facilita la recuperación, pero sólo se realiza en el 5-10% de las mujeres mastectomizadas, cuando se podrían beneficiar hasta el 80%.

Reconstrucción mamaria en el acto

CARMEN GIRONA

Cada año se diagnostican en España 16.000 nuevos casos de cáncer de mama, uno de los tumores con más posibilidades de curación si se diagnostica precozmente. El tratamiento requiere terapia combinada que incluye cirugía. El 80% de las mujeres conservan la mama, pero al 20% restante se les extirpa todo el pecho. La llamada reconstrucción de mama inmediata (RMI) no altera el tratamiento o la evolución de la enfermedad y mejora la recuperación. Un equipo del hospital La Paz de Madrid ha publicado recientemente un trabajo que evidencia los beneficios de esta técnica.

Yolanda García, de 41 años, educadora infantil, casada y con dos hijas, es la 38ª mujer operada en el centro madrileño. En marzo de 2004 salió del quirófano sin tumor y con contorno mamario (pecho con implante pero sin areola ni pezón). Ocho meses después tenía su mama completa y ahora presume de tener un pecho de cine. "Cuando salí del quirófano lo primero que hice fue tocarme el pecho. No tuve sensación de pérdida ni de cambio físico. Lo importante de esta cirugía es que te encuentras más fuerte psicológicamente y te enfrentas mejor a los tratamientos posteriores. Estamos creando una asociación para que todas las mujeres sepan que existe esta posibilidad, que se puede acceder y que funciona bien", dice.

"Nuestra intervención no incluye ninguna técnica novedosa; es una mezcla de las ya existentes con algunas aportaciones. Hasta ahora, por miedo a que las prótesis se salieran de su localización, se dejaban *encarceladas* debajo de los tres músculos que rodean la mama: el pectoral mayor, el recto-abdominal y el serrato. Con nuestro procedimiento sólo se cubre la mitad superior de la prótesis con el músculo



Intervención quirúrgica de cáncer de mama.

CONSUELO BAUTISTA

pectoral", explica Jorge Fernández Delgado, coordinador del estudio y cirujano plástico de la unidad de Reconstrucción Mamaria Inmediata del hospital madrileño.

La RMI se realiza en dos fases. En la primera, se hace una mastectomía conservadora en la que se extirpa toda la glándula mamaria, la areola, el pezón y la piel que está sobre la biopsia (si se ha hecho previamente); se implanta la prótesis y se deja bastante piel sobrante. En la segunda, al acabar los tratamientos médicos, se reconstruyen la areola y el pezón, y se ajusta la otra mama para que sean simétricas. La areola y el pezón se pigmentan y la cicatriz queda cubierta por el sujetador.

En el trabajo de investigación

Aunque sólo se realiza en el 10% de las mujeres mastectomizadas, hasta el 80% podría beneficiarse de la técnica.

madrileño, publicado en la revista *Annals of Plastic Surgery* en enero de 2007, participaron 102 pacientes, de 46 años de edad media, con cáncer de mama ductal a las que se les reconstruyó la mama con una prótesis de silicona. Se excluyeron las que precisaban radioterapia. El 15,7% de las pacientes sufrió complicaciones leves características de estas cirugías. Los efectos estéticos fueron buenos o excelentes en el 70% de los casos.

"La reconstrucción mamaria inmediata es hoy una parte del tratamiento del cáncer de mama. En España disponemos de muy buenos especialistas, pero esta técnica está muy poco extendida, cuando se podrían beneficiar miles de mujeres",

agrega Fernández Delgado, impulsor de la unidad, que es centro de referencia de la Comunidad de Madrid desde 2005, y donde en 2006 se operaron el 80% de las mujeres mastectomizadas.

La técnica de reconstrucción mamaria más utilizada es la de expansión cutánea. Consiste en extirpar la glándula mamaria, incluida la piel sobrante, e introducir un expansor tisular, una especie de globo de silicona. La mujer sale de la mesa de operaciones con la mama aplana, y una vez acabadas las terapias oncológicas se rellena el expansor con suero salino en varias sesiones. Después, se deja un tiempo a que se adapte la piel para luego sustituir esa prótesis por otra definitiva. Este proceso dura cerca de año y medio.

Otras alternativas de reconstrucción son utilizar trasplantes de tejido de la paciente, también conocidos como *colgajos*, con o sin microcirugía. En algunos casos, estas opciones pueden constituir la mejor opción, pero en general son más agresivas y pueden dejar secuelas.

El 80% de los cánceres de mama son carcinomas infiltrantes, se forman en los conductos galactóforos (de la leche), pero pueden emigrar a otras zonas del cuerpo. De ellos, el más frecuente es el carcinoma ductal. El 20% restante son carcinomas inductuales, se originan y extienden sólo por los conductos galactóforos. A juicio de José Ignacio Sánchez Mellado, ginecólogo de la unidad madrileña, en la cirugía de estos cánceres se produce una situación paradójica: mientras que en el ductal infiltrante se realiza una mastectomía parcial, en el inductual se hace una mastectomía total. "Esto se explica porque el inductual se puede convertir en un cáncer muy peligroso para la mama, mientras que el infiltrante puede diagnosticarse de forma precoz, y estar localizado en una zona que se extirpe fácilmente", añade.

Demanda de unidades multidisciplinarias e igualdad en los tratamientos

La cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud garantiza la reconstrucción de mama a todas las pacientes con cáncer de pecho. Si esta técnica de reconstrucción no se realiza en la comunidad donde reside la enferma, se puede acceder por el procedimiento de derivación de pacientes, previo acuerdo de los equipos médicos y de las comunidades involucradas. Aunque esta situación parece muy clara, muchas pacientes se encuentran con verdaderas dificultades en el día a día y reclaman más unidades multidisciplinarias, más facilidad para obtener una se-

gunda opinión, y acceso a los mismos tratamientos.

A Yolanda Valverde, de 42 años, directiva y con un niño de 10 años, le hicieron una mastectomía a los 38 años en la sanidad privada. Tres años después le reconstruyeron la mama en la pública. "Acepté lo que me propusieron sin contrarrestar la información. Hoy sé que el cáncer de mama es una enfermedad larga que precisa una terapia multidisciplinar en la que se aborden todos los puntos de vista, incluida la reconstrucción mamaria inmediata o la mejor de las opciones quirúrgicas en cada momento", apunta.

"La relación médico-paciente ha cambiado mucho en los últimos años, pero todavía tiene que avanzar más", dice Antonia Gimón, presidenta de la Federación Española Contra el Cáncer. "Las enfermas nos hemos formado y los especialistas han abandonado la actitud paternalista. Pero se necesitan más unidades multidisciplinarias, más agilidad en los trámites para buscar otras alternativas si se desean, e igualdad de tratamientos en todas las comunidades para evitar discriminaciones. Desgraciadamente, todavía hay muchas mujeres que viven el cáncer en soledad".