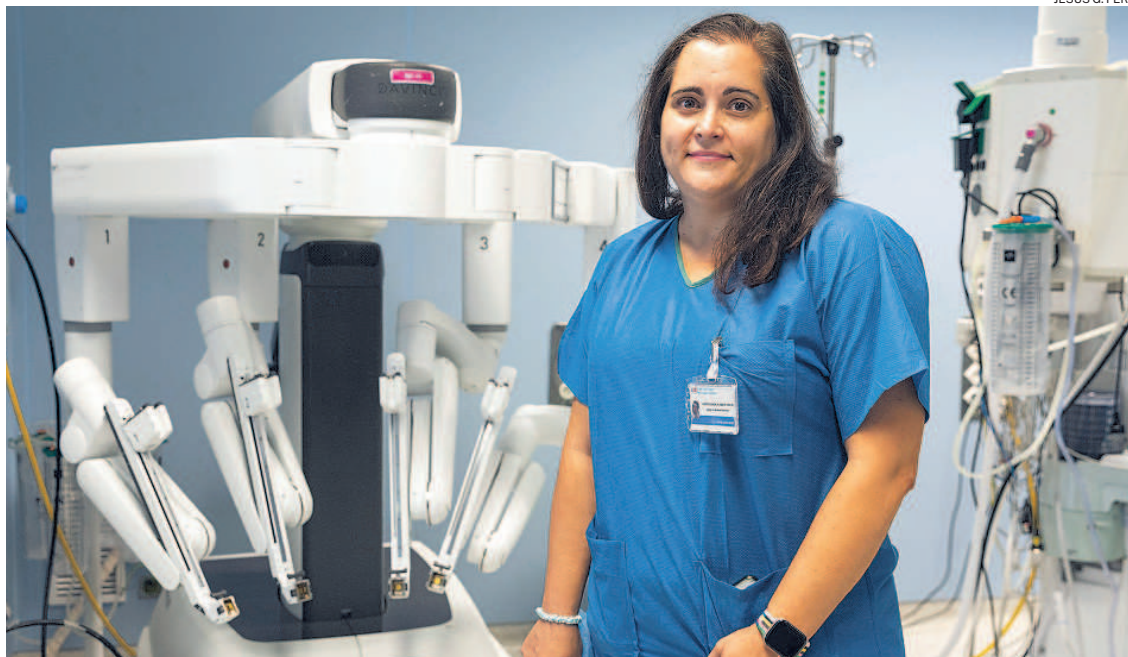


JESÚS G. FERIA



La principal es que permite realizar la intervención mediante una pequeña incisión oculta en la axila, evitando cicatrices visibles sobre la mama. Además, la visión tridimensional aumentada y la precisión del robot facilitan una disección muy cuidadosa, preservando mejor la piel y el pezón. Esto puede traducirse en un mejor resultado estético y una recuperación más confortable en pacientes seleccionadas.

7. ¿Y en qué sentido es menos agresiva?

Es menos agresiva porque favorece la realización de la mastectomía ahorradora de piel y pezón, reduce el tamaño de la incisión y se produce un menor traumatismo sobre los tejidos que puede disminuir el dolor postoperatorio y favorecer una recuperación más rápida. No obstante, la seguridad oncológica sigue siendo el objetivo prioritario.

8. Después, en caso de quererse reconstruir el pecho, ¿esta técnica permite que sea más fácil o más factible?

La reconstrucción se puede realizar. Al preservar mejor la piel y el complejo areola-pezón se mantiene una envoltura cutánea de mayor calidad y esto puede facilitar los resultados de la reconstrucción inmediata. Al no existir una cicatriz sobre la mama, el resultado estético suele ser más natural. Es importante señalar que la reconstrucción depende también de otros factores, como los tratamientos posteriores, el estado de la piel y las características de cada paciente.

9. Hablando de eso, ¿en qué porcentaje de casos es posible reconstruir el pecho tras una mastectomía? ¿Y con esta técnica aumentará?

La reconstrucción mamaria es posible hoy en la gran mayoría de las pacientes, ya sea de forma inmediata o diferida, siempre que no exista alguna contraindicación. En términos generales, más del 80-90% de las mujeres podrían ser candidatas a algún tipo de reconstrucción. La cirugía robótica no aumenta por sí sola el número de candidatas a reconstrucción, pero sí puede mejorar las condiciones para optimizar el resultado estético en pacientes bien seleccionadas.

10. ¿Cuáles son los riesgos con la cirugía convencional y con la robótica?

Los riesgos oncológicos deben ser equivalentes. En ambos casos pueden aparecer complicaciones como sangrado, infección, seroma, necrosis de la piel o alteraciones de la sensibilidad. La diferencia principal radica en el abordaje.

En 10 preguntas

Dra. María de Matías

Jefe asociado de Ginecología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, en Móstoles (Madrid)

«Aumentan los casos de cáncer de mama, pero no las mastectomías»

Belén Tobalina. MADRID

1. ¿Cuántas mujeres se tienen que hacer una mastectomía cada año en España?

Gracias al diagnóstico precoz y a los avances en cirugía conservadora, cada vez menos mujeres necesitan una mastectomía. Se estima que entre el 30 y el 40% de las pacientes con cáncer de mama son sometidas a una mastectomía, lo que supone en torno a 11.000-15.000 intervenciones al año. De estas, alrededor de un 7% son mastectomías reductoras de riesgo en mujeres que presentan mutaciones genéticas de alto riesgo, y suponen unas 500-700 al año en España.

2. ¿Van en aumento?

El diagnóstico del cáncer de mama va en aumento pero esto no conlleva un aumento de las mastectomías. Es más, el porcentaje de mujeres que necesitan una mastectomía ha disminuido en las últimas décadas porque cada vez podemos tratar más tumores me-

diantes cirugía conservadora. Paralelamente, sí ha aumentado el número de mastectomías profilácticas, ya que cada vez se realizan más estudios genéticos familiares.

3. ¿En hombres va en aumento el diagnóstico? En cuanto a la intervención, ¿es más difícil?

El cáncer de mama en el hombre representa el 1% de los casos. En España se diagnostican entre 350 y 400 casos al año. La incidencia ha aumentado ligeramente, en parte por el envejecimiento de la población y una mayor concienciación. En el varón no se realiza una cirugía conservadora de manera reglada debido a tener menor tejido mamario y una piel más adherida al músculo y la mayoría de los pacientes requieren una mastectomía.

4. La extirpación quirúrgica de todo el tejido mamario se suele hacer tanto en caso de cáncer de mama como de forma preventiva en personas de alto riesgo. ¿En qué casos se recomienda?

Se recomienda cuando el tamaño

del tumor no permite conservar la mama con un buen resultado oncológico o estético, cuando existen múltiples focos tumorales en diferentes zonas de la mama, cuando persiste enfermedad tras cirugía conservadora o cuando la radioterapia está contraindicada. También está indicada en algunas pacientes que, tras recibir toda la información, prefieren una mastectomía.

Como cirugía preventiva, se plantea principalmente en mujeres portadoras de mutaciones de alto riesgo, como BRCA1, BRCA2, PALB2 o algunas otras alteraciones genéticas, siempre tras valoración

individualizada y asesoramiento en una unidad especializada.

La mastectomía preservadora de piel y pezón se puede realizar en tumores que no afecten al complejo areola-pezón y que se consideren un estadio precoz, es decir, sin afectación de la piel y que no sean tumores inflamatorios.

5. ¿Cuánto tiempo tarda en recuperarse la paciente de una mastectomía?

Según la cirugía y de si se realiza reconstrucción inmediata. En general, el ingreso suele ser de uno o dos días. La mayoría de las pacientes recuperan una actividad cotidiana ligera en dos o tres semanas y una recuperación funcional prácticamente completa entre las cuatro y las seis semanas, aunque si la reconstrucción es más compleja este periodo puede prolongarse.

6. El Hospital Universitario Rey Juan Carlos ha realizado su primera mastectomía robótica. ¿Qué ventajas presenta para la paciente?



Un 7% son cirugías reductoras de riesgo en mujeres con mutaciones genéticas de alto riesgo»