

Próximo domingo, 19 de octubre

DÍA DE SENSIBILIZACIÓN DEL CÁNCER DE MAMA



Entrevista a

DR. JACOBO CABAÑAS

Hospital Ramón y Cajal (Madrid)

Cirujano especialista en cáncer

¿Cómo se detecta el cáncer de mama a tiempo?

Las tres estrategias clásicas son la autoexploración de las pacientes, la exploración por parte del médico y la realización de mamografías de cribado, esto es, para detectar la enfermedad en personas sin signos aparentes de padecer la enfermedad.

La estrategia más aceptada, porque ofrece mejores resultados, es la mamografía, aunque los beneficios dependen del riesgo individual de cada paciente y de su edad. En su contra tiene los costes de estos programas de cribado y el riesgo de sobrediagnóstico (diagnosticar erróneamente una enfermedad cuando no la hay). En función de estos aspectos hay que valorar cuál es la estrategia óptima.

¿En qué pacientes es recomendable extirpar la mama antes de padecer cáncer, la llamada “mastectomía preventiva”?

Solo en pacientes de alto riesgo, que esté definido por un estudio genético positivo para alguna de las mutaciones conocidas, o con una historia familiar de muy alto riesgo. Hay que explicarle siempre a la paciente cuál es el beneficio que se puede esperar, para evitar las mastectomías preventivas en pacientes con riesgo no elevado; con frecuencia puede que la decisión se tome con una expectativas irreales. La mayor parte de las pacientes con cáncer de mama no van a obtener un beneficio clínico de la mastectomía profiláctica, por lo que en su caso no debe de ser considerada una técnica estándar.

¿En qué medida afecta esta enfermedad a la maternidad?

El embarazo y la lactancia son factores protectores respecto al cáncer de mama, pero el cáncer de mama en sí no afecta a la fertilidad. Los tratamientos a los que debemos someter a la paciente con cáncer de mama, sin embargo, sí que lo hacen, La quimioterapia puede producir infertilidad como efecto secundario y los tratamientos de bloqueo hormonal también impiden el embarazo y deben

mantenerse durante años en muchos casos, con el consiguiente retraso. No hay un consenso absoluto sobre la actitud a seguir después, pero las pacientes que tengan idea de tener descendencia pueden contactar con alguno de los laboratorios de reproducción existentes en hospitales y clínicas para asesorarse de las opciones disponibles.

¿Qué tiene que tener en cuenta una paciente antes de abordar una cirugía de reconstrucción de la mama?

Lo importante es saber que existe más de una técnica posible de reconstrucción, cada una con sus ventajas e inconvenientes. Simplificando la cuestión, podemos decir que la cirugía con prótesis es una opción más sencilla y válida en muchos casos, pero su inconveniente principal es que las prótesis deben ser cambiadas pasados los años, lo que obliga a una nueva intervención quirúrgica. Las reconstrucciones con colgajos, sin prótesis, consiguen unos resultados más naturales y no precisan de recambios, si bien son intervenciones más complicadas y no son posibles en todas las pacientes. También hay que tener claro la actitud a tomar con la mama contraria, pues con frecuencia es necesario operarla también con objeto de conseguir una mayor simetría con la mama reconstruida.

¿Cómo de efectiva es la cirugía para la cura o remisión total de estas patologías en la actualidad?

En los casos más precoces la cirugía es imprescindible, porque en muchos casos es curativa por sí misma. Eso no significa que no podamos mejorar algo más añadiendo otros tratamientos. En casi todos los casos en donde hagamos cirugía conservadora recomendamos añadir radioterapia posterior porque disminuye el riesgo de reaparición del cáncer en la misma mama. Igualmente en los tumores con receptores hormonales, el añadirles fármacos que realicen bloqueo hormonal, también va a disminuir el riesgo de reaparición de enfermedad. En casos más avanzados la cirugía sola no es recomendable sino que debe añadirse de forma obligada a otros tratamientos, como la quimioterapia.

¿Puedo curarme si tengo metástasis? ¿Qué alternativas hay disponibles cuando el cáncer se ha extendido?

La desaparición completa de enfermedad cuando hay metástasis es poco probable. Sin embargo, actualmente se pueden conseguir largas supervivencias y una buena calidad de vida en muchas pacientes con enfermedad metastásica. El tratamiento de la enfermedad cuando ha alcanzado este estadio se fundamenta en la quimioterapia y la hormonoterapia aunque en función de la localización de la enfermedad y su evolución, la cirugía y la radioterapia pueden ser útiles para mejorar su control o el de sus síntomas.

¿Tienen alguna influencia los implantes de silicona en el cáncer de mama?

Aunque de manera ocasional aparecen comentarios al respecto, habitualmente de fuentes poco fiables, no existe ninguna evidencia de que la utilización de implantes de silicona per se provoque un aumento de cáncer de mama. Los problemas que han existido en el pasado, sobre todo a raíz del fraude de las prótesis PIP, son por el mayor riesgo de rotura y complicaciones asociadas de estas prótesis y no porque haya un aumento del riesgo de padecer un cáncer de mama.

¿Qué es el ganglio centinela y qué función cumple en el diagnóstico del cáncer?

El ganglio centinela es el primer ganglio que recibe drenaje por vía linfática de una determinada zona del organismo. Dado que los tumores de mama se diseminan con frecuencia por vía linfática, en aquellas pacientes en las que no se detecta enfermedad a nivel ganglionar por exploración o por ecografía se puede realizar la biopsia selectiva del ganglio centinela. Esta consiste en inyectar unas partículas marcadas con un isótopo radiactivo de muy baja actividad (sin ningún riesgo para la salud) y detectar el ganglio o los ganglios que drenan de esa zona de la mama. Al identificarlos, se pueden extirpar y analizar de manera concienzuda, sabiendo que si están libres de enfermedad la posibilidad de que haya pasado a otros ganglios es muy pequeña y no es necesaria realizar ninguna otra actuación sobre los ganglios: así reducimos los posibles efectos secundarios a la paciente al tiempo que mantenemos la misma seguridad en su tratamiento.

¿Qué puede hacer por las pacientes un oncólogo quirúrgico?

Un oncólogo quirúrgico es aquel profesional responsable de los actos quirúrgicos encaminados a la curación de un cáncer. Por su propio concepto es un profesional que va más allá de un simple "operador" puesto que tiene conocimientos sobre todas las opciones terapéuticas existentes y de las mejores estrategias posibles para cada caso. Además, trabaja en estrecha relación con los oncólogos médicos y radioterápicos además de con otros profesionales igualmente implicados en el diagnóstico y tratamiento del cáncer para ofrecerle a la paciente un plan específico y personalizado a su situación con las mejores posibilidades de éxito.

¿Están disponibles en España todas las opciones quirúrgicas existentes?

Sí, no hay ninguna opción que no esté disponible en nuestro país. En algunos centros no hay cirujanos plásticos, así que los pacientes deben ser referidos a los centros que sí los tienen para algunas opciones. También en muchos de estos hospitales hay cirujanos que se han especializado en cirugía oncológica y que pueden ofrecer excelentes resultados a muchas pacientes

¿Influyen los recortes en gasto sanitario en la curación del cáncer de mama?

Según un estudio del Breast European Adjuvant Studies Team (BrEAST), un centro de datos y ensayos clínicos de Bélgica, cuanto más dinero se destina a la salud, es menor el número de muertes tras el diagnóstico de un cáncer en Europa, y esta relación es más evidente en el caso del cáncer de mama.

¿En qué medida depende de la calidad de la cirugía inicial el pronóstico a medio y largo plazo de las pacientes?

Una cirugía inicial de calidad disminuye el riesgo de reaparición del tumor maligno de la enfermedad y problemas estéticos asociados. Una cirugía incorrecta puede llevar a necesitar una reintervención para obtener las mejores posibilidades de curación.

¿Cómo es la calidad de vida de las pacientes sometidas a esta cirugía?

La calidad de vida de las pacientes sometidas a cirugía conservadora es casi la misma que las mujeres no operadas porque, en general, los efectos secundarios permanentes son escasos. Las enfermas sometidas a mastectomía pueden notar un empeoramiento principalmente por el defecto estético, pero puede mejorarse con las opciones de reconstrucción mamaria actualmente disponibles. Las pacientes a las que

hay que hacerles una linfadenectomía, la extracción de ganglios linfáticos, deben de tener unos cuidados especiales y algunas limitaciones para prevenir la aparición del linfedema; esta afectación, si bien en muchos casos es leve o requiere un tratamiento no complejo, puede empeorar su calidad de vida.

¿Es necesario siempre aplicar quimioterapia tras la cirugía?

No, en muchos casos la cirugía, sea conjunta o no a la radioterapia y hormonoterapia, será suficiente. Solo se debe usar quimioterapia en casos avanzados o en aquellos en los que, por la agresividad del tumor inicial, esté justificada.

¿Cuándo se debe visitar al oncólogo quirúrgico?

En la mayor parte de los casos el oncólogo quirúrgico es el primer especialista que debe valorar a la paciente con cáncer de mama y orientar su estrategia de tratamiento junto con los demás especialistas.

¿Hay casos de cáncer de mama que no necesiten cirugía?

Casi todas las pacientes con cáncer de mama a los que se pueda plantear una estrategia de tratamiento curativa van a requerir al inicio o en algún momento de su evolución de una intervención quirúrgica. Solo en algunos casos con enfermedad diseminada en la que el tratamiento es de naturaleza paliativa, la cirugía se descarta al no aportar beneficio suficiente.

¿Por qué razón debe optarse entre una cirugía conservadora de la mama y una mastectomía?

Son múltiples los factores para plantearse uno u otro abordaje. Los principales son el tamaño tumoral (cuanto más pequeño, más factible la cirugía conservadora), la relación entre tamaño del tumor y tamaño de la mama (las mamas muy pequeñas suelen ser malas candidatas a cirugía conservadora), el riesgo de reaparición del cáncer (si es elevado, puede ser recomendable la mastectomía de entrada), las enfermedades o intervenciones quirúrgicas previas de la paciente, si se trata de una recidiva (una reaparición de un tumor, en las que habitualmente hay que decantarse por una mastectomía), y por supuesto los deseos de la paciente. Siempre que sea posible hay que ofrecerle al paciente la posibilidad de reconstrucción mamaria, aunque en algunos casos sea más conveniente hacerla de manera diferida.