

Los cirujanos que tratan de paliar las secuelas del cáncer de mama

Comienza en Donostia el I Congreso de la Asociación de Cirujanos de la Mama

Buscarán un consenso para evitar que las mujeres con ganglio centinela positivo sufran el vaciamiento de la axila

■ GORKA LARRUMBIDE

SAN SEBASTIÁN. No es una especialidad oficialmente reconocida en España, pero el cirujano de la mama, una figura interdisciplinar que abarca especialidades como la ginecología, la cirugía general y la cirugía plástica, está muy cerca de las mujeres que han padecido un cáncer de mama y las secuelas de su tratamiento. Junto con el oncólogo y el radioterapeuta, cumple un papel fundamental, puesto que es quien se encarga de la extirpación del tumor y, en caso de ser necesario, de la posterior reconstrucción del pecho de la paciente.

La Asociación Española de Cirujanos de la Mama, AECIMA, nació el año pasado promovida por un grupo de especialistas dedicados a la cirugía de la mama, que coincidían en percibir la ausencia en España de un cauce para aprender y desarrollar su trabajo. Con sede en Gipuzkoa, la Asociación celebra hoy y mañana en el Instituto Onkologikoa su primer congreso, al que asistirán casi un centenar de cirujanos generales, ginecólogos y cirujanos plásticos venidos no sólo de toda España sino también de países como Portugal, Estados Unidos o Angola.

Según el presidente del comité organizador del Congreso, el donostiarra Eduardo Ayestaran, el cirujano de la mama es «una de las tres patas del tratamiento del cáncer de mama, junto con la oncología médica y la radioterapia», y la creación de la Asociación «pretende aunar a estas especialidades den-



Cirugía. El doctor Martínez García operando con su equipo de la clínica de la Asunción de Tolosa.

tro de un área de capacitación específica».

«Queremos que AECIMA sea un foro para los profesionales que se dedican a la cirugía mamaria, independientemente de su especialización. Los cirujanos de la mama necesitamos un desarrollo formativo muy concreto y tenemos unas inquietudes comunes. Gracias a AECIMA podemos establecer una comunicación para poner en común procesos formativos o intercambiar impresiones sobre problemas que compartimos

todos nosotros», asegura por su parte Francisco Martínez García, cuyo equipo en la clínica la Asunción, de Tolosa, fue pionero a principios de los 90 en la reconstrucción inmediata de la mama mediante colgajo abdominal, que consiste en extraer tejido del abdomen con el que dar forma al nuevo pecho.

En el congreso se tratará de protocolizar la acción del cirujano de la mama y, basándose en los avances del equipo del cirujano estadounidense Armando Giuliano, se

promoverá un consenso que pueda ser aplicado en España para identificar qué pacientes con ganglio centinela positivo pueden evitar sufrir la denominada 'linfadenectomía axilar' y, así, evitar la mutilación de la axila y sus efectos secundarios.

Reconstrucción inmediata

«Toda mujer tiene derecho a que se le practique una reconstrucción inmediata del pecho tras una mastectomía, y eso solo lo pueden ofrecer

cirujanos especializados con unos conocimientos técnicos muy concretos», afirma Martínez García. En otros países ya existen asociaciones de cirujanos de la mama, que representan a miles de especialistas dedicados a esta patología, cuyo tratamiento ha ido adquiriendo gran complejidad en las últimas décadas.

Si a principios de los 80 las técnicas que se practicaban se limitaban a la mastectomía y la tumorectomía, hoy en día hay casi una treintena de operaciones, mucho más complejas. Y todas tienen una función esencial: «Que las mujeres enfermas de cáncer de mama terminen su tratamiento sin alteraciones de su imagen corporal. Aspiramos a que las mujeres se curen sin secuelas», subraya el presidente de AECIMA.

Distintas experiencias

Txaro Beobide, presidenta de Katxalin, la Asociación de Mujeres Afectadas de Cáncer de Mama y Ginecológico, ha vivido en primera persona y de cerca la evolución de la cirugía mamaria. Ella misma fue mastectomizada a mediados de los 80 pero en aquel momento «aquí no se reconstruía». «Les volví locos a mi cirujano y al mi oncólogo para enterarme de dónde podía reconstruir el pecho», hasta que contactó con un cirujano plástico madrileño que le habló de tres formas posibles de practicarle una mamoplastia: cogiendo la grasa del abdomen, de la espalda o con una prótesis. Ella se decidió, aconsejada por el cirujano, por la reconstrucción mediante colgajo abdominal ya que «es más definitiva». Casi 30 años después asegura que fue «una reconstrucción estupenda». «Hasta el día de hoy no he tenido ni un deterioro ni ningún problema», comenta encantada.

Garbiñe Aramendi, por su parte, a quien le extirparon el pecho tras detectar un tumor en la mama en 1998, fue más remolona con el tema de la reconstrucción. «Una vez que paso todo yo no quería saber nada de volver al quirófano, aunque los médicos me insistían en que lo hiciera», nos cuenta. Finalmente, empujada por su hija, se

«Gracias a los medicamentos, el cirujano de la mama acabará desapareciendo»

Eduardo Ayestaran Jefe del Servicio de Cirugía General de Onkologikoa

■ G. L.

SAN SEBASTIÁN. Con 35 años de experiencia dedicados a la patología mamaria, Eduardo Ayestaran, jefe del Servicio de Cirugía General del Onkologikoa y miembro de la Junta Directiva de AECIMA, preside el Comité Organizador del I Congreso de AECIMA.

– ¿Cómo ha evolucionado la cirugía mamaria?

– Hasta finales de los 70 a todas las pacientes se les realizaba una mas-

tectomía, y en la década de los 80 se iniciaron los tratamientos conservadores, que consistían en la extirpación del tumor y los ganglios axilares, combinada con quimioterapia postoperatoria. En aquella época comenzó la preocupación por hacer una reconstrucción de la mama extirpada, y es entonces cuando surgieron algunas escuelas que realizan mastectomías con reconstrucción inmediata. En la década de los 90 se profundizó en el desarrollo de

los tratamientos quimioterápicos, aparecieron nuevas máquinas de radioterapia, mejoró la tecnología quirúrgica en cuanto a electromedicina, prótesis..., y en la primera década de los 2000 se desarrolló la técnica del ganglio centinela con el objeto de evitar la mutilación axilar –linfadenectomía–, que sólo se realizaría en los casos en los que se diera una positividad del ganglio centinela. – ¿En qué momento nos encontramos ahora?

– En esta segunda década, gracias a las investigaciones de autores como el Dr. Armando Giuliano, que asiste al I Congreso de AECIMA, y su equipo, en un gran número de casos de ganglio centinela afectado por el tumor podría evitarse el vaciamiento axilar. De hecho, en el encuentro de esta semana queremos promover un consenso que pueda ser aplicado en nuestro país para identificar qué mujeres con ganglio centinela positivo pueden eludir la linfadenectomía.

– ¿Qué más temas se van a tratar en el Congreso de AECIMA?

– La posibilidad de realizar la cirugía sin anestesia general; la utilización de nuevos fármacos para el control del dolor; la personalización del tratamiento en función del perfil ge-

nético y molecular de cada paciente, así como qué hacer en los casos de desaparición completa del tumor con la quimioterapia, planteando la posibilidad de no llevar a cabo cirugía en los mismos.

– Con el desarrollo de los tratamientos quimioterápicos y radiológicos, la cirugía parece estar perdiendo terreno en el tratamiento del cáncer de mama

– Afortunadamente, sí. Hace treinta años era impensable realizar una reconstrucción o evitar la linfadenectomía, y hoy en día gracias al desarrollo de los quimioterápicos y de los estudios biológicos del tumor podemos diseñar un tratamiento personalizado para la paciente. El primer gesto terapéutico es la quimioterapia neoadyuvante, con la que se puede obtener una



Las principales figuras

Algunas de las figuras más importantes de la cirugía mamaria a nivel nacional e internacional se darán cita en el I Congreso AECIMA. Entre todas ellas destaca el doctor Armando Giuliano, del Cedars-Sinai Medical Center de California, pionero en el tratamiento del ganglio centinela para las intervenciones mamarias, que compartirá con los asistentes los últimos avances del equipo de investigación que dirige. Giuliano será nombrado socio de honor de la AECIMA en el acto de clausura del congreso que tendrá mañana, sábado.

decidió a reconstruirse el pecho en 2002, casi cuatro años después de pasar el cáncer, optando en su caso por la prótesis.

Mejorías en lo emocional

Afortunadamente, las cosas han cambiado en los últimos años y casi todos los hospitales de España, incluyendo, por supuesto, los de Gipuzkoa, poseen unidades de mama con equipos preparados para realizar reconstrucciones mamarias inmediatas. Sin embargo, aún queda trabajo por hacer.

«El objetivo más importante de AECIMA es que no exista una sola unidad de mama en España que carezca en su catálogo de las últimas técnicas oncoplasticas que posibilitan la reconstrucción inmediata en las mujeres que sufren deformidades en sus mamas tras los tratamientos quirúrgicos radicales», afirma Martínez García. «Está demostrado científicamente que la reconstrucción mamaria inmediata no altera ni los resultados oncológicos, ni retrasa los tratamientos complementarios y sí produce mejorías en la esfera emocional de la paciente, que predisponen a la mujer a enfrentarse con más confianza a su enfermedad, lo que mejora el resultado final», concluye.

respuesta muy satisfactoria e incluso completa en algunos casos, minimizando la agresión quirúrgica sobre la mama. Viendo cómo van las cosas es muy posible que en las próximas décadas el cirujano de la mama incluso acabe desapareciendo, ya que con los medicamentos será suficiente. Esa es la década que me gustaría vivir.

– Casi parece una paradoja fundar la primera Asociación de Cirujanos de la Mama de España y esperar que esta figura desaparezca en un par de décadas.

– Bueno, siempre habrá algún caso determinado en el que haya que hacerse cirugía, aunque esta será cada vez menos agresiva y en el caso de que sea imprescindible recurrir a ella, siempre irá acompañada de la correspondiente reconstrucción.

La Asociación de Pediatría solicita que algunas vacunas sean universales y gratuitas

AGENCIAS

MADRID. La Asociación Española de Pediatría (AEP) ha valorado de forma «muy positiva» el acuerdo al que han el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas para homogeneizar progresivamente las fechas de vacunación

hasta conseguir un calendario de vacunación único para todo el territorio español. No obstante, aun asumiendo que «las dificultades económicas que atraviesa España han impedido la incorporación de algunas vacunas» al calendario recomendado, ha solicitado un «es-

fuerzo prioritario» en esta materia y ha establecido varios niveles de priorización atendiendo no sólo a la efectividad de las vacunas, sino también a la carga de la enfermedad en los términos económicos.

Así, consideran que debe haber unas inmunizaciones sistemáticas que todos los niños deberían recibir de forma universal y que, por tanto, deberían ser gratuitas y financiadas por el Sistema Nacional de Salud (SNS): la vacuna frente a la hepatitis B, la de difteria, tétanos y tos ferina, la poliomielitis, el Haemophilus influenzae tipo b, el me-

ningococo C, el neumococo, el sarampión, la rubeola, la parotiditis, así como la del virus del papiloma humano.

En un segundo nivel estarían las denominadas vacunas recomendables, es decir, aquellas que pueden ser priorizadas en función de los recursos para su financiación pública. En este apartado figuran la vacuna frente al rotavirus y la vacunación universal frente a la varicela. Por último, en un tercer nivel estarían las vacunas recomendadas a grupos de riesgo, como las de la gripe estacional y la hepatitis A.

Tarifas por Tallas Pro @
**Con Vodafone
podrás ser
más autónomo
que nunca**



**Nuevas
Tarifas Pro @
para autónomos**

1443 y Tiendas Vodafone
vodafone.es/autonomos

power to you

