

INVERTIR EN SALUD

19 de octubre

DÍA MUNDIAL CONTRA
EL CÁNCER DE MAMA

Entrevista DR. JORDI ANTONI VIVES GINECÓLOGO Y OBSTETRA DEL GRUPO GINECOLÓGICO TEKNOGIN

“Curamos cada vez más y somos menos invasivos”

La asistencia colectiva y los comités de tumores en los que trabaja un equipo multidisciplinar de especialistas médicos, están permitiendo a las pacientes afectadas de cáncer de mama lograr mayores éxitos en sus tratamientos. Aunque se diagnostican más casos, también se curan en un mayor porcentaje, e incluso aquellas pacientes sin cura viven ahora más tiempo y con una gran calidad de vida.

Desde TEKNOGIN ofrecen un amplio abanico de servicios destinados a cuidar la salud de la mujer de forma integral. Centrándonos en la patología mamaria, ¿qué signos de alarma podemos detectar?

La mama suele darnos síntomas que confunden. Como sabemos, lo que nota la paciente es el tumor, el bulto; que aparezca dolor no suele ser significativo. En algunos casos nos encontramos con una mastitis, pero en la mayoría de ocasiones suele estar asociada a la lactancia, por lo que tampoco sería un signo tan claro de alerta para el diagnóstico de cáncer de mama.

Por tanto, al ser en muchos casos una enfermedad silente, ¿qué controles periódicos recomiendan?

El ginecólogo es para las mujeres como un médico de cabecera. Es ideal que la paciente acuda periódicamente a su consulta; lo recomendable es realizar un control anual en el que se hará también una exploración

mamaria y se aclararán dudas que la paciente pueda tener, además de recomendar la exploración complementaria que mejor proceda.

Debemos tener en cuenta que el cáncer de mama puede aparecer a cualquier edad. Es cierto que vemos una mayor incidencia en mujeres entre los 50 y los 60 años, pero realmente también diagnosticamos casos en mujeres más jóvenes, así como en las de edades más avanzadas.

Actualmente estamos ante un conflicto en cuanto a la franja de edad en la que se realizan las mamografías dentro del Sistema Nacional de Salud. Se está debatiendo sobre la ampliación de edades. Muchos defendemos esta postura.

¿Qué avances estamos viendo en el diagnóstico para lograr una detección temprana?

La metodología diagnóstica está mejorando mucho. El diagnóstico por imagen nos está permitiendo visualizar lesiones más pequeñas y, al

“El diagnóstico por imagen nos está permitiendo visualizar lesiones más pequeñas y, al mismo tiempo, podemos llevar a cabo pruebas diagnósticas, como la biopsia, con mayor precisión”

mismo tiempo, podemos llevar a cabo pruebas diagnósticas, como la biopsia, con mayor precisión.

Por otro lado, también estamos trabajando en la definición del perfil de cada paciente para ofrecerle el tratamiento más adecuado e individualizado, además de seleccionar grupos de riesgo que porten algún tipo de mutación, o por su carga genética puedan estar en riesgo alto de padecer un cáncer de mama. El objetivo es actuar lo antes posible.



En primera persona

El Dr. Jordi Antoni Vives, especialista en Ginecología y Obstetricia, es desde la década de los noventa, presidente de la Unitat Funcional de Ginecologia Oncologica i del Comité de Tumors (CSPT), y ocupa la presidencia de la Secció de Ginecologia Oncologica i Mastologia de la Societat Catalana de Obstetricia y Gine-

cología y de la Secció Col·legial de Ginecologia y Obstetricia del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Este facultativo, que recibió el Premio a la Excelencia Profesional del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona en 2015, es además desde 1994 ginecólogo y obstetra del Grupo Ginecológico TEKNOGIN de Barcelona.

Por último, a nivel quirúrgico, ¿podemos asegurar que las intervenciones son ahora menos invasivas que nunca?

Estamos cambiando el paradigma. Directamente relacionado con el hecho de que podamos detectar lesiones más pequeñas, podemos ser además menos agresivos y apostar

por cirugías conservadoras. Realizamos más cirugía de tumor y menos mastectomías. Curamos cada vez más y somos menos invasivos, garantizando siempre la seguridad de las pacientes.

teknogin.com

Entrevista ANNA ESPAÑOL DIRECTORA DE MARKETING EN LABORATORIOS DIAFARM

“Es importante preparar bien la piel antes de recibir un tratamiento oncológico”

En Laboratorios Diafarm llevan más de 35 años focalizados en ofrecer soluciones naturales e innovadoras para la salud y el bienestar. Presentes en España, Portugal, Francia e Italia con sede propia, ofrecen un amplio catálogo que abarca todas las categorías del ámbito de la salud, destacando marcas como Ricola, Roha max, Bekunis, Flores de Bach, Rescue, Siken, Arnidol o Vitanatur. Otra de sus marcas es Hialderm, una emulsión corporal destinada al cuidado de la piel sometida a determinados tratamientos médicos oncológicos como la quimioterapia o la radioterapia. Su efectividad ha sido demostrada en un estudio clínico con 90 pacientes con cáncer de mama sometidos a radioterapia oncológica. (Investigador principal: Dr. Josep Pardo. Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital General de Catalunya).



Diafarm desarrolla productos inspirados en la naturaleza. ¿Cuáles son los principios naturales que inspiran cada una de las soluciones que nos proponen?

En Diafarm desarrollamos productos seguros, eficaces, de calidad y de precio justo a partir de ingredientes funcionales que ofrece la naturaleza y de los conocimientos que nos aportan las terapias naturales. Estos principios activos naturales pueden ser extractos o aceites vegetales y de frutas, esencias florales o aceites esenciales entre otros. Así mismo, Diafarm apuesta cada vez más por materias primas de producción ecológica.

Hialderm es un producto especialmente creado para cuidar la piel sometida a determinados tratamientos oncológicos. ¿Qué principios activos reúne?

Los ingredientes que reúne Hialderm son ácido hialurónico, condroitín sulfato, aloe vera, aceite de zanahoria rico en pro-vitamina A y vitaminas E y F. Están específicamente combinados para potenciar su efecto de hidratación, nutrición y regeneración del tejido epitelial en caso de pieles sanas, pero que necesitan un cuidado especial por estar sometidas a un tratamiento oncológico.

Hialderm cuida la piel sometida a quimioterapia o radioterapia

¿Cuáles son los efectos que produce Hialderm?

Antes del tratamiento, prepara la piel y durante y después de éste, la hidrata, nutre, regenera y protege en profundidad. El resultado del tratamiento es una piel sin escamas, lisa e hidratada, con aspecto más agradable y un tacto aterciopelado no untuoso.

¿En qué consiste su aplicación?

Se recomienda usar la emulsión corporal Hialderm dos veces al día, mañana y noche con movimientos circulares por toda la superficie corporal, cuidando especialmente aquellas zonas más deshidratadas y desnutridas. Es preferible aplicarla después del baño o ducha que es cuando la piel está más receptiva, siendo muy importante la aplicación diaria.

¿Hay que tener algunas precauciones?

Es importante preparar bien la piel antes de recibir un tratamien-



to oncológico, en especial radioterapia, y cuidarla adecuadamente durante y después del tratamiento. En caso de un tratamiento radioterápico, se recomienda empezar a aplicar la emulsión Hialderm 2 semanas antes del inicio del tratamiento y hasta 24 horas antes de la irradiación.



www.diafarm.com

Entrevista **DR. BENJAMÍN GUIX** DIRECTOR DEL INSTITUTO IMOR

“Las técnicas de radioterapia ofrecen tasas de curación del cáncer de mama superiores al 95%”

El Instituto Imor de Barcelona es uno de los centros de referencia en el campo de la radioterapia oncológica. Su director, el Dr. Benjamín Guix, es una voz experta para analizar con detalle cuáles han sido los principales avances en el tratamiento del cáncer de mama.

¿Han avanzado mucho los tratamientos del cáncer de mama con radioterapia?

Sin duda. En los últimos años se ha recorrido mucho camino en busca de diversas metas: por un lado, aumentar la eficacia de los tratamientos; por otro, reducir los efectos secundarios de la radioterapia sobre los tejidos sanos, lo que incrementa notablemente la calidad de vida de las pacientes. El resultado de esos esfuerzos es evidente, puesto que si con un diagnóstico precoz se están logrando tasas de curación del cáncer de mama superiores al 95%.

¿Qué tratamientos ofrece la radioterapia a las pacientes con tumores de mama?

Actualmente hay dos grandes tipos de tratamientos: la radioterapia externa y la braquiterapia. En el primer caso, el principal avance ha sido la extensión de la radioterapia de intensidad modulada, conocida como IMRT. Se trata de una técnica que ya conocíamos pero que ha mejorado mucho en térmi-

nos de precisión, lo que permite concentrar la dosis de radiación en el tumor sin castigar ni los tejidos sanos que le rodean ni tampoco la piel. Otro ejemplo muy concreto es el de aquellas pacientes que poseen un tumor en el lado izquierdo y que han sido tratadas con quimioterapia. Utilizar la IMRT permite eliminar el riesgo de arritmias cardíacas y también la toxicidad.

Hablaba antes de precisión. ¿De qué manera afecta a la eficacia?

Disponer de equipos más precisos nos permite aumentar la dosis por fracción de radioterapia y completar el tratamiento en menos tiempo. Para que se haga una idea, la radioterapia hipofraccionada hace que pasemos de 32 sesiones (5 semanas y media) a realizar el tratamiento completo en solo 16 sesiones y tres semanas. Podemos hacerlo, además, reduciendo muchísimo los posibles efectos secundarios.

¿Y en cuanto a la braquiterapia?

La braquiterapia de mama se

aplica en el lecho tumoral o quirúrgico. Se ha demostrado que ofrece unas altas tasas de supervivencia y que las recaídas son algo excepcional. Se trata de braquiterapia de alta tasa de dosis con un tratamiento de cinco días de duración o, si se realiza en el acto quirúrgico, en una sola sesión unos minutos después de la extirpación del tumor.

Hay también otros tratamientos...

Sí. Uno de ellos es la irradiación parcial de mama, una técnica que se emplea en casos de tumores pequeños y poco agresivos y que ofrece un riesgo muy bajo de recaídas. Consiste en administrar la radiación sobre una parte concreta de la mama.

También realizamos tratamientos de rescate de recaídas locales después de un tratamiento conservador, algo que se da en un 2% de los casos. En esas situaciones, lo se hace es extirpar el tumor y aplicar braquiterapia. En el Instituto Imor fuimos pioneros en este tipo de tratamientos a finales de los años

80 y tenemos una de las experiencias más largas del mundo: 9 de cada 10 personas se cura y conserva el pecho rescatado en 20 años seguimiento. En resumen, hoy es posible tratar a una paciente con recaída con un segundo tratamiento conservador y sin necesidad de recurrir a las mastectomía.

¿Cómo se decide el tratamiento adecuado para cada caso?

Se decide a partir del estudio detallado de cada situación clínica, algo que hacemos a diario en Imor. Nuestra experiencia y el hecho de contar con los últimos avances médicos nos permite lograr una alta tasa de éxitos, pero no conviene olvidar la importancia del diagnóstico. Por eso es tan importante que las mujeres se realicen revisiones periódicas para detectar cuanto antes la posible presencia de un tumor. Si avanzamos en ese camino, la radioterapia ha demostrado que es eficaz y que ayuda a lograr la curación y la supervivencia de los pacientes con cáncer de mama.



www.imor.org

IMOR Un centro de referencia especializado

El Instituto Imor es un centro monográfico dedicado únicamente al mundo de la radioterapia oncológica desde su fundación en el año 1999. Desde entonces ha apostado por dotarse siempre de los últimos avances tecnológicos, algo que le ha convertido en un centro de referencia no solo en Catalunya, sino también a nivel europeo. IMOR cuenta con un equipo formado por 30 personas, entre ellas 11 médicos que, en varios casos, son jefes de servicio de diferentes hospitales de Barcelona. “Siempre hemos tenido la intención de ser especialistas en radioterapia para combinar esa

experiencia con el conocimiento de nuestros profesionales y poder ofrecer a los pacientes una atención personal que les ayude a recorrer el camino hacia la curación total”, explica el Dr. Guix. El Instituto Imor no solo se centra en el cáncer de próstata, sino que emplea la radioterapia para tratar todo tipo de tumores en cualquier localización: mama, pulmón, recto, piel, tumores ginecológicos... Cada una de esas localizaciones necesita una técnica específica y el centro, gracias a su condición monográfica, puede ofrecer un servicio integral en radioterapia oncológica.



Entrevista **DRES. RAFAEL Y MANUEL SALVADOR** RADIÓLOGOS Y DIRECTORES DE IMAGINE

“Nos dedicamos a aquellos pacientes que valoran una buena asistencia”

El Centro Imagine de Diagnóstico por la Imagen es, desde hace años, una referencia en el campo del diagnóstico por imagen, especialmente en el campo de la mamografía. Para conocer con más detalle en qué consiste su labor, hablamos con sus directores médicos, los doctores Rafael y Manuel Salvador.

“El ojo sólo ve lo que la mente está preparada para comprender”



Dr. Manuel Salvador



Dr. Rafael Salvador

¿Cuáles son los orígenes de Imagine?

Nuestra familia se dedica a la radiología desde hace tres generaciones. En este tiempo, siempre hemos apostado por ofrecer a los pacientes un servicio muy personalizado y de calidad donde la experiencia de los médicos, el trato humano y la última tecnología caminan de la mano.

¿Qué diferencia a la empresa de otros centros similares?

El tiempo de espera y el trato.

Desde el primer momento hemos apostado por un enfoque orientado al paciente. Por eso, uno de los elementos que nos hace distintos es que quien acude a Imagine sabe que saldrá en esa misma visita con un informe completo que recoge los resultados de las pruebas que se le han practicado. Esto es muy importante en casos como el cáncer de mama, puesto que la paciente evita esperas y elimina la angustia y la incertidumbre que suelen producirse

entre la realización de las pruebas y la interpretación de los resultados. Cuando sale lo hace con toda la información necesaria para que su especialista (cirujano, oncólogo, patólogo...) pueda acceder a las imágenes de nuestro banco y pueda actuar en consecuencia.

Ganando tiempo al tiempo...

Así es. Sabemos que cuando hablamos de cáncer es importante tener un diagnóstico precoz cuanto

antes para poder tener unas tasas de curación más elevadas.

¿Siempre se ofrecen los resultados en la misma visita?

Sí. De hecho, no solo nos limitamos a realizar la mamografía, la ecografía o la prueba diagnóstica que sea precisa, sino que si es necesario podemos también proceder a hacer una biopsia que aclare definitivamente el diagnóstico. Para ello contamos con un equipo multidiscipli-

plinario con una larga experiencia que siempre acompaña a la paciente. La recibe, le realiza las pruebas y al final responde a cualquier duda que pueda tener. Ahí es muy importante el papel de nuestro equipo de profesionales, con las Doctoras Piccotti, Riquel y Vallespi al frente.

¿Qué papel juega la tecnología en su día a día?

Es, junto a la calidad humana, uno de los factores determinantes. Imagine fue pionero hace 4 años en la introducción y el uso de equipos de baja radiación en Catalunya, y a día de hoy esos equipos se emplean en la mayor parte de las mamografías que hacemos. Esto es muy importante porque, dado que las pruebas son periódicas y la radiación es acumulativa en el organismo, contar con sistemas que utilizan dosis menores aumenta la calidad de vida de la paciente. Además, los equipos han evolucionado mucho y combinan la baja radiación con una cada vez mayor resolución de imagen.

Imagine ha ido creciendo y ya no solo está en Barcelona...

En el año 2015 comenzamos a trabajar en el Centro Médico MetgesMolins (Molins de Rei). La idea era trasladar a la comarca del Baix Llobregat el servicio Premium que desde hace décadas prestamos en Barcelona. Hoy podemos decir que Metgesmolins está consolidándose a pasos agigantados y que también es una referencia en su área de actuación. Además, nuestro equipo también se ocupa del servicio de Resonancia Magnética de Tarragona, y desde este mes de octubre llevamos el servicio de radiología del Centro Médico Vic, en Osona.

Con la misma filosofía de calidad...

Es que no sabemos trabajar de otra manera. Siempre hemos procurado ofrecer un servicio privado y cercano, dedicando a cada paciente el tiempo que precisa. Nuestra idea no es trabajar por volumen, sino dirigirnos a aquellos pacientes que valoran una buena asistencia especializada. Si me permite la expresión, nuestros pacientes saben que van al médico a mirarse algo muy serio, y no a un centro de Servicios donde tengan que coger un tiquet y número, de modo que aprecian esa atención personalizada y próxima.

¿Cuáles son los retos de futuro de Imagine?

El futuro pasa por mantener y mejorar los estándares de calidad al paciente en nuestros Centros. Continuaremos escuchando las inquietudes de quienes acuden a nosotros, acompañándoles en todo el proceso de diagnóstico y, como siempre, entregándole el informe al momento.



imagine
Diagnòstic per la imatge



Valencia, 223 - 08007 **BARCELONA** - 93 215 24 57

metgesmolins
Grup de Salut



Passeig del Terraplè, 10, 08750 **MOLINS DE REI** - 93 668 63 21

Entrevista **DR. JOAQUIM MUÑOZ** GABINETE DE CIRUGIA PLASTICA AVANZADA

“Cirugía del cáncer de mama mínimamente invasiva”



El Dr Muñoz i Vidal es cirujano oncológico de mama y cirujano plástico, pionero en técnicas de reconstrucción de mama mínimamente invasivas a nivel nacional. El Dr. Muñoz y su equipo son especialistas en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama realizando un abordaje integral: cirugía del cáncer de mama y reconstrucción en una única intervención con mínimas cicatrices gracias a técnicas endoscópicas.

Dr. ¿Desde cuándo trabaja en reconstrucción mamaria? ¿Las pacientes oncológicas son una de sus áreas de especialización en el marco de la cirugía de la mama?

Desde hace siete años nuestra actividad está dirigida a la cirugía del cáncer de mama realizando la cirugía de extirpación del cáncer y la reconstrucción

mamaria inmediata. Como equipo especializado en este tipo de cirugía realizamos las técnicas más avanzadas en reconstrucción mamaria individualizadas a cada paciente. Durante este tiempo nos hemos especializado en la reconstrucción mamaria inmediata asistida por endoscopia.

¿Se decanta por las técnicas mínimamente invasivas?

Cada caso debe ser evaluado individualmente, las técnicas mínimamente invasivas en reconstrucción ofrecen la ventaja de una rápida recuperación, mínima cicatriz, mejor resultado estético y un retorno a la normalidad tras el tratamiento sin secuelas estéticas.

¿Qué ventajas quirúrgicas aporta su técnica endoscópica de elevación del colgajo de Dorsal Ancho? ¿En qué casos estaría indicada?

En comparación con técnicas más clásicas, la endoscopia permite la reconstrucción de la mama sin apenas cicatrices, una rápida recuperación y un mejor resultado en términos estéticos. Realizamos la mastectomía, la reconstrucción de la mama incluyendo el complejo areola pezón en la misma intervención evitando a la paciente varios pasos por quirófano. Es una técnica aplicable a la mayoría de casos de cáncer de mama en aquellos en los que sea necesario la mastectomía o bien únicamente una extirpación parcial de la mama.

Su técnica de reconstrucción mamaria integral se considera pionera a nivel mundial ¿En qué consiste? ¿Una única intervención, mediante técnicas mínimamente invasivas, permite reconstruir la totalidad de la mama?

La Reconstrucción Mamaria Integral es una técnica reconstructiva asistida por endoscopia que realizo desde el año 2012, operando pacientes semanalmente, ha sido presentada en congresos internacionales de cirugía mamaria y publicada como técnica pionera en el *Plastic Reconstructive Surgery*, revista de referencia mundial en cirugía plástica. Es la primera técnica

descrita que reconstruye en un sólo tiempo la totalidad de la mama en forma, volumen y el complejo areola pezón y todo ello en la misma cirugía de extirpación del cáncer.

La cirugía empieza por la mastectomía incluyendo el complejo areola pezón, pero preservando la totalidad de la piel de la mama; procedemos al abordaje de la axila según el diagnóstico previo para evaluar el estado de los ganglios. Una vez realizados estos pasos y habiendo comprobado en el mismo quirófano que toda la enfermedad ha sido extirpada, empieza la parte reconstructiva. La reconstrucción consiste en restaurar el volumen y forma de la mama, para ello procedemos a la obtención por endoscopia del músculo dorsal ancho, este músculo es una de las armas clásicas del cirujano plástico en reconstrucción de mama, la novedad es que, aplicando la endoscopia, logramos minimizar cicatrices, que antes podían llegar a cruzar la espalda de la paciente, a pequeñas marcas de 3 a 4 cm. de longitud, finas y que quedan escondidas bajo la línea del sujetador. Obtenemos también una pequeña isla de piel que junto al músculo permite cubrir el defecto que ha quedado en el complejo areola pezón y reconstruirlo en el mismo momento.

El volumen de la mama lo conseguimos mediante un implante de mama anatómico que, conjuntamente con el músculo debajo de la piel, nos permite una reconstrucción segura, de un aspecto estético y tacto excelente, todo ello con el complejo areola pezón reconstruido y una mama y espalda sin cicatrices. Tras esta intervención la paciente queda libre de la enfermedad y con la mama afecta totalmente reconstruida en volumen, forma y complejo areola pezón. Además, en la misma intervención remodelamos la mama contralateral para que la simetría sea total tras pasar por quirófano.

¿Todo en la misma operación en la que extirpa el cáncer? ¿Se evita así el trauma de la mastectomía?

Sí, todo en la misma operación. Esta técnica aporta un mejor resultado (más natural que si se usa únicamente una prótesis o un expansor) y reduce al mínimo el fracaso de reconstrucción con prótesis. Salir del quirófano con la mama, el pezón reconstruido y la mama sa-

na simetrizada hace que la paciente conserve una de las piedras angulares de su identidad sexual.

Desde el punto de vista de la reconstrucción mamaria y la estética, ¿Cuál sería su mensaje a las mujeres mastectomizadas o tumorectomizadas?

Un mensaje optimista. Hoy en día los tratamientos médicos y quirúrgicos han cambiado la realidad de esta enfermedad en comparación a la década anterior y en ningún caso la paciente ha de renunciar a verse y sentirse plenamente mujer tras el paso de la enfermedad.

¿Cuál debe ser la aspiración a nivel estético?

Nuestra filosofía es que nosotros no tratamos cánceres de mama, sino mujeres con cáncer de mama, y desde esta afirmación orientamos nuestro trabajo haciendo que la mujer no se vea en ningún momento sin mama, ni con grandes cicatrices o amputada. Así entendemos la cirugía del cáncer de mama como un todo y entendiendo la paciente como mujer.

¿Dónde desarrollan su actividad?

Todas las intervenciones las realizamos en la Clínica Diagonal, donde tenemos ubicada nuestra consulta, colaboramos con equipos de referencia en ginecología a nivel nacional como el grupo Gine3 y desde este año hemos integrado nuestros servicios con el Instituto Javier de Benito (IDB), instituto de referencia a nivel nacional e internacional en cirugía plástica, medicina regenerativa y diagnóstico genético.

JOAQUIM MUÑOZ

CLÍNICA DIAGONAL

Dr. JOAQUIM MUÑOZ
www.joaquimmunoz.com
cosultas@joaquimmunoz.com

Atención continua:
93 015 67 78

Clínica Diagonal:
902 883 355

Centro Gine3:
93 323 63 06

Instituto Javier de Benito
93 253 02 82



Cada año, el 19 de octubre se celebra el Día Contra el Cáncer de Mama como recordatorio del compromiso de toda la sociedad en la lucha contra el cáncer de mama.

Prevención y diagnóstico precoz, los grandes aliados contra el cáncer de mama

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres occidentales. En España se diagnostican alrededor de 25.000 nuevos cánceres de

mama al año (Datos del cáncer de mama en España 2016), 26.500 según la Sociedad Española de

Epidemiología (SEE), lo que significa el 29% de todos los tumores femeninos. Además, supone la

primera causa de mortalidad por cáncer en mujeres, aunque la supervivencia por cáncer de mama ha mejorado notablemente en los últimos 20 años.

Cada año disponemos de mayor información para diagnosticar precozmente y tratar el cáncer de

mama, lo que ha permitido que la supervivencia global a los 5 años del diagnóstico de este tumor sea del 83% en nuestro país (Eurocare-5), por encima de la media europea y similar a los países con las mejores cifras de supervivencia.

El cáncer de mama es uno de los tumores con mejor pronóstico y mayores índices de supervivencia y cronificación

Las mujeres que no realizan ejercicio físico tienen un 71% más de riesgo de desarrollar cáncer de mama

Cada mujer puede reducir su riesgo de padecer cáncer de mama de forma individual con pequeños cambios en su estilo de vida. Se sabe que prevenir la obesidad, evitar el alcohol, una dieta adecuada y hacer ejercicio habitualmente reduce no solo el riesgo de padecer un cáncer de mama sino también el riesgo de recidiva. El Grupo GEICAM de Investigación en Cáncer de Mama ha publicado este año los resultados del primer estudio epidemiológico español que explora la asociación entre actividad física y riesgo de cáncer de mama.



Las mujeres españolas que hacen una vida sedentaria tienen un 71% más de riesgo de desarrollar cáncer de mama que aquellas otras que cumplen las recomendaciones internacionales de ejercicio físico. Así lo ha puesto de manifiesto un estudio epidemiológico del Grupo GEICAM de Investigación en Cáncer de Mama, cuyos resultados se han publicado este año en la revista Gynecologic Oncology.

El objetivo de esta investigación, que ha contado con la participación de 23 hospitales españoles, ha sido determinar el impacto del ejercicio físico en el riesgo de cáncer de mama y evaluar en qué medida cumplir las recomendaciones internacionales sobre ejercicio físico se asocia con menos posibilidades de desarrollar la enfermedad.

Los autores concluyen de forma resumida que, en general, seguir una adecuada actividad física tiene un efecto preventivo sobre la aparición de este tumor en mujeres pre y postmenopáusicas y en todos los subtipos moleculares.

Se estima que el 13,8% de los casos de cáncer de mama podrían evitarse si las mujeres inactivas dejaran de serlo. Según la doctora Marina Pollán, investigadora principal de este trabajo, investigadora del Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III y miembro del Grupo de Trabajo de Tratamientos Preventivos Heredofamiliar y Epidemiología de GEICAM,

“es importante contextualizar el efecto del ejercicio físico en nuestro medio. De hecho, se ha estimado que la inactividad física está detrás del 10% del cáncer de mama en todo el mundo”. En el otro lado de la balanza se sitúan las mujeres con

Se estima que el 13,8% de los casos de cáncer de mama podrían evitarse si las mujeres inactivas dejaran de serlo

menos riesgo, que son aquellas que siempre están activas o han realizado durante toda su vida algún deporte.

La investigación de GEICAM sugiere además que el efecto beneficioso del ejercicio parece más marcado en mujeres que no han tenido hijos, aunque su práctica es positiva también para las mujeres con hijos.

Aparte de este estudio, GEICAM ha puesto en marcha este año el Proyecto de Ejercicio Físico Oncológico, con el triple objetivo de liderar la investigación sobre los beneficios del ejercicio en la evolución del cáncer, generar una red de especialistas en la materia y divulgar sus ventajas a pacientes, instituciones y población general.

Se denomina ejercicio físico oncológico aquel ejercicio pautado y controlado por un profesional que busca reducir o prevenir los efectos secundarios de los tratamientos de forma individualizada. Los efectos globales que este tipo de ejercicio tienen sobre el organismo mejoran la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes. Con esta iniciativa GEICAM se convierte en un referente a nivel europeo en este ámbito.

1 de cada 8 mujeres tendrá cáncer de mama a lo largo de su vida

Uno de los tumores con mejor pronóstico

Afortunadamente, el cáncer de mama es uno de los tumores con mejor pronóstico y mayores índices de supervivencia y cronificación, gracias a una mayor concienciación

social sobre su detección precoz y la consiguiente reducción del riesgo de desarrollarlo, así como también debido un mayor esfuerzo en investigación. La supervivencia aumenta un 1,4% cada año y su tasa se sitúa cerca del 83% a los cinco años del diagnóstico. Tres de cada cuatro casos son diagnosticados en estadios iniciales y sólo un 4% presenta metástasis al diagnóstico. Esto ha sido posible en gran medida gracias a la puesta en marcha de programas poblacionales de detección precoz en todas las CCAA

Sin lugar a dudas, el diagnóstico precoz es la mejor herramienta para luchar contra esta enfermedad. A través de los programas de cribado con mamografías, se pueden diagnosticar los tumores de mama en estadios iniciales en los que hay muchísimas posibilidades de curación.

La incidencia de cáncer de mama empieza a incrementarse a partir de 35, es unas tres veces más frecuente a partir de los 50 y a los 55 de estabiliza. Aparte de la edad, hay otros factores que se asocian con un riesgo más elevado: las mujeres con antecedentes de cáncer de mama en la familia, o que no hayan tenido hijos o los hayan tenido tarde, o con menarquía precoz o menopausia tardía, parecen tener mayor riesgo. No obstante, muchas mujeres que han tenido un cáncer de mama no presentaban ningún factor de riesgo conocido. Poseer un riesgo mayor para el cáncer de mama no implica la certeza de que se vaya a padecer la enfermedad, sólo indica cierta predisposición.

Entrevista **DR. PIERRE NICOLAU** CIRUGÍA PLÁSTICA, REPARADORA Y ESTÉTICA

“Algunas pacientes necesitan tiempo antes de someterse a la reconstrucción mamaria”

En la siguiente entrevista el Dr. Nicolau nos explica su enfoque en cirugías de reconstrucción mamaria, destacando la importancia que psicológicamente tiene para la mujer enfrentarse de nuevo a un momento quirúrgico.

Dr. ¿En qué casos está indicada una reconstrucción mamaria?

Una reconstrucción mamaria está indicada en todos los casos en que los senos o parte de ellos han sido retirados por tratar un cáncer. En este proceso, las técnicas son las mismas que se emplean para las malformaciones o las secuelas de un traumatismo producido, por ejemplo, por una quemadura.

¿Qué particularidades tienen este tipo de intervenciones con respecto al aumento de pecho convencional con implantes?

La gran diferencia entre una reconstrucción mamaria y un aumento de pecho convencional es que mientras que en la primera las prótesis mamarias se implantan debajo de la piel, en la segunda no siempre hay suficiente piel para reconstruir el seno. En este caso, debemos realizar la intervención mediante un colgajo o por la técnica de expansores de tejidos. No es necesario utilizar siempre un implante de silicona. Ciertos colgajos aportan suficiente tejido y se puede utilizar igualmente la propia grasa de la paciente para dar volumen o mejorar los resultados.

¿La reconstrucción mamaria hay que entenderla como parte de un proceso que, en los casos cáncer de

mama, empieza con el diagnóstico y en un altísimo porcentaje finaliza con la curación?

La reconstrucción mamaria se puede hacer en el momento de la mastectomía, apenas el cirujano oncológico extirpa la mama -lo que se llama reconstrucción inmediata- o retardarla hasta que se haya completado la terapia del cáncer. En el proceso a veces son necesarias varias etapas, y ello incluye la reconstrucción de la areola del pezón, por lo que son tratamientos que se pueden hacer, en algunos casos, en varios meses.

Como cada caso es totalmente diferente, es fundamental analizar en detalle a cada paciente y de ese modo elegir la mejor opción de reconstrucción en función de la situación de cada uno de ellos.

Puede suceder que la paciente no sea receptiva a la reconstrucción...

Sí, en ocasiones algunas pacientes muestran rechazo hacia la reconstrucción mamaria pero, en cualquier caso, al tratarse de una decisión muy personal, debe ser respetada. Entre las distintas razones que explican el rechazo a la reconstrucción en algunas pacientes está el hecho de que no quieren volver a estar en un ambiente quirúrgico que, de algún modo, les recuerda a la enfer-

medad y, automáticamente, a los malos momentos vividos, a pesar de estar curadas.

Yo he visto casos de pacientes que necesitan tiempo, a veces varios años, hasta que el impacto psicológico que han vivido como un traumatismo, desaparece. Entonces es cuando, en algunos casos, están preparadas para la reconstrucción de los senos.

“Múltiples factores determinan la elección de la técnica más adecuada”

Cuando hablamos de cirugía hablamos de técnicas... ¿Por cuáles se decanta usted?

Cada caso es único y diferente. Existen multitud de factores que influyen a la hora de elegir cuál es la técnica más adecuada. Por ello, es necesario elegirla con la paciente en función del estado local: si hay suficiente piel, será indicado un simple implante; si, por el contrario, falta piel, son posibles diferentes colgajos, sacados del vientre, del tórax o de la espalda.

Personalmente, y como cirujano, yo prefiero las técnicas más simples, siempre que sea posible, ya que dan también buenos resultados.

¿Pueden combinarse para obtener mejores resultados? ¿Conseguir el seno deseado puede requerir varias operaciones?

Sí, es posible combinar varias técnicas y operaciones para obtener unos resultados más satisfactorios. Inmediatamente después de una



operación hay siempre inflamación y hematomas, y la piel está insensible y rígida. Serán necesarios algunos días o semanas para que mejore, y se podrán usar técnicas complementarias para que el seno tenga una mejor apariencia. Si la piel está dañada, por la radioterapia por ejemplo, los injertos de células de grasa (adipocitos) mejoran mucho la calidad. Se utilizan también para completar el volumen, si es necesario. Los masajes y los drenajes linfáticos son igualmente útiles, asociados a la fisioterapia.

¿Qué resultados deben esperarse? El aspecto psicológico es clave, por lo que conviene no crear falsas expectativas...

En ocasiones las pacientes están contentas por un resultado que el cirujano puede querer mejorar, pero en otras ocasiones puede darse la situación contraria, y también ellas imaginan que se encontrarán con un seno totalmente normal, como antes de la operación, y eso no siempre es posible. En ciertos casos es preferible diferir la reconstrucción en días o semanas, ya que las reconstrucciones inmediatas son a veces una mala experiencia. Por ello es necesario esperar la evolución normal después de toda cirugía para que los tejidos vuelvan a un aspecto más normal.

Una vez la paciente se ha sometido a la reconstrucción mamaria, ¿cuál es el tiempo de recuperación para volver a la rutina?

El tiempo de recuperación de la cirugía va a variar dependiendo de

“Tras una reconstrucción mamaria, el apoyo de un fisioterapeuta es una buena opción para ayudar a la mujer a recuperarse de forma más rápida, mediante ejercicios para recuperar la fuerza y, de este modo, poder realizar con más seguridad las actividades normales”

varios factores, entre ellos, el tipo de reconstrucción que se haga y también la capacidad de recuperación de cada paciente. Si bien es cierto que la mayoría de mujeres empiezan a sentirse mejor después de un par de semanas, en algunos casos es posible que se prolongue un poco más. Normalmente para volver a las actividades cotidianas es recomendable esperar un par de meses. Tras una reconstrucción mamaria, el apoyo de un fisioterapeuta es una buena opción para ayudar a la mujer a recuperarse de forma más rápida, mediante ejercicios para recuperar la fuerza y, de este modo, poder realizar con más seguridad las actividades normales.



Entrevista **DR. JOSEP MARIA SERRA-RENOM** PRIMER CATEDRÁTICO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA DE ESPAÑA
DR. JOSEP MARIA SERRA-MESTRE ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, REPARADORA Y ESTÉTICA Y DIPLOMA DE EXPERTO EN SENOLOGÍA Y PATOLOGÍA MAMARIA.

“La mujer no está curada hasta que su imagen corporal se restablece”

Obtener buenos resultados en una reconstrucción mamaria depende de múltiples factores: de la formación y experiencia del cirujano, de su capacidad para saber aportar la solución óptima en cada caso, de las técnicas que emplea, de no ser conformista y tener motivación por seguir mejorando las cirugías y, muy importante, de tener mucho, mucho método. Todo ello lo conjugan a la perfección los doctores Serra-Renom y Serra-Mestre, a quienes entrevistamos a continuación para conocer de primera mano qué consiguen gracias al perfeccionamiento y la innovación en los procedimientos quirúrgicos que emplean.

Más allá del tratamiento oncológico, el cáncer de mama implica una cuestión estética que hay que abordar...

Dr. Serra-Renom: Efectivamente. Una cuestión estética que es muy importante para la mujer porque el cáncer de mama no puede considerarse curado únicamente porque se haya extraído el tumor: para sentirse curada, una mujer debe tener su imagen corporal restablecida. Si no es así, va a estar padeciendo al ver que su pecho ha quedado mutilado, deformado o simplemente no está. Y el sufrimiento también es enfermedad. Lo dice la OMS y nosotros también entendemos que es así. Por tanto, la cirugía plástica es clave, debiendo estar integrada en las unidades de patología mamaria para ofrecer a la mujer un tratamiento médico-quirúrgico integral.

Ustedes son pioneros en numerosas técnicas de reconstrucción mamaria...

Dr. Serra-Renom: Sí, técnicas que venimos publicando en las revistas internacionales de referencia en nuestra especialidad. Una de ellas es la que empleamos en casos de tumorectomía. Cuando las dos mamas son grandes, proponemos una reducción mamaria estética bilateral, de manera que la paciente puede salir del quirófano con las dos mamas reconstruidas, un pecho bonito y sin el tumor. Cuando la mama es de un tamaño menor, existen muchas técnicas, como la autoprótesis de plaquetas (Serra-Renom JM, Cabero G, Serra-Mestre JM, et al. Transplant of an autologous platelet gel prosthesis to fill defects after tumor excision. Ann Plast Surg. 2014)

¿En qué consiste esa técnica y cuáles son sus ventajas?

Dr. Serra-Renom: Consiste en extraer sangre de la paciente, centrifugarla para obtener las plaquetas que contiene y después añadirles cloruro cálcico. De esta forma se consigue una gelatina cuyo tamaño calculamos para que sea igual al del tumor que se ha extraído. Entre sus ventajas, hay una muy importante: cuando se utiliza tejido de la mama y se moviliza, lo que se conoce como cirugía oncoplastica, esa mama queda más pequeña, con lo cual hay que operar la otra para obtener simetría. Además,



en una recidiva no se sabría de dónde viene el tumor. En cambio, con esta técnica sí, porque no movilizamos los tejidos de la mama.

¿Qué factores condicionan el resultado estético?

Dr. Serra-Mestre: Uno de los factores determinantes es elegir correctamente la técnica, teniendo en cuenta el volumen de la tumorectomía y el volumen de mama. En una mama de pequeño o mediano tamaño, en la que la tumorectomía extirpe un cuadrante o más, necesitaremos aportar tejido. En estos casos una buena solución es utilizar el músculo dorsal ancho de la espalda. Sin embargo, las técnicas clásicas implican dejar una cicatriz en la espalda de entre 10 y 15cm. Con nuestra técnica (Serra-Renom JM, Serra-Mestre JM, et al. Endoscopic reconstruction of partial mastectomy defects using latissimus dorsi muscle flap without causing scars on the back. Aesthetic Plast Surg. 2013), y gracias a la endoscopia, conseguimos evitarla. Lo que hacemos es coger la porción del músculo que necesitamos para la reconstrucción a través de la cicatriz axilar que el cirujano general o ginecólogo han realizado previamente para la extracción del ganglio centinela. De esta manera, evitamos el hándicap de dejar una cicatriz muy grande en la espalda pero, además, esta técnica también supone un importante avance al respecto de las técnicas endoscópicas que ya se habían descrito y que, aunque sí reducían el tamaño de la cicatriz, seguían dejándola. Nosotros, en cambio, conseguimos una reconstrucción de la mama evitando la formación de nuevas cicatrices.

También son pioneros en técnicas de reconstrucción mamaria con lipofilling...

Dr. Serra-Renom: Sí, sumamos más de 121 citas en la bibliografía internacional con el

“Nuestro objetivo es restaurar el volumen perdido y conseguir unas mamas lo más simétricas y estéticas posible”

concepto de lipobed. Cuando a una paciente se le practica una mastectomía, casi siempre hay que administrarle quimioterapia y radioterapia, y, en general, se acepta que cuando se ha practicado radioterapia no se deben utilizar prótesis. Por tanto, la solución que se suele adoptar es realizar una plastia aportando tejidos de otras zonas (espalda, abdomen...), dejando múltiples cicatrices y aportando además un área cutánea insensible. Nosotros, en cambio, nos valemos de diferentes técnicas con las que, basándonos en el uso de la endoscopia y el lipofilling, podemos realizar una reconstrucción mamaria con expansor, prótesis e inyecciones de grasa, que crean un plano subcutáneo que mejora mucho la calidad de la piel, consiguiendo una piel muy elástica y de buena calidad, gracias a las células madre del tejido graso (Serra-Renom JM, Muñoz-Olmo JL, Serra-Mestre JM. Fat grafting in postmastectomy breast reconstruction with expander and prostheses in patients who have received radiotherapy: formation of new subcutaneous tissue. Plastic and Reconstructive Surgery. 2010). En casos de reconstrucción secundaria, lo que hacemos es colocar el expansor a través de la axila y así, una vez más, evitamos la formación de nuevas cicatrices en la mama, utilizando la incisión axilar del ganglio centinela (Serra-Mestre JM, D'Andrea F, Serra-Renom et al. Endoscopic delayed breast reconstruction with expanders and implants via the axillary incision made for sentinel lymph node biopsy or lumpectomy. Ann. Plast Surg. In press 2017).

La gran ventaja de este avance es que desde un primer momento la mujer sale del quirófano con los volúmenes de ambas mamas simétricos, puesto que también realizamos una reducción estética contralateral de la mama. En un segundo tiempo, se coloca la prótesis y se reconstruye el complejo areola-pezones.

¿Cuál es el mensaje a la mujer al respecto de las expectativas que pueden esperarse?

Dr. Serra-Renom y Serra-Mestre: El objetivo de la reconstrucción mamaria es conseguir unas mamas lo más simétricas y estéticas posible, permitiendo así a la mujer llevar una calidad de vida satisfactoria, sin complejos estéticos que afecten a su autoestima, y sintiéndose conforme con su imagen corporal, dejando atrás así su enfermedad oncológica.

¿Actualmente trabajan en algún nuevo avance?

Dr. Serra-Renom: Hemos desarrollado una nueva técnica que saldrá publicada a finales de año (Serra-Mestre JM, Serra-Renom JM, et al. Breast cleavage remodeling with fat grafting: A safe way to optimize symmetry and to reduce intermammary distance. Plastic and Reconstructive Surgery. In press 2017). En este caso, utilizamos lipofilling para, una vez acaba la reconstrucción, remodelar el surco intermamario (el canalillo). Rellenamos esa zona con lipofilling para que la paciente se vea unas mamas naturales y simétricas; y podemos corregir también, por ejemplo, defectos en el esternón.