

Mastectomía

Publicado el: 08-02-2018

Es la extirpación quirúrgica de toda la mama, por lo general, para tratar enfermedades serias del tejido mamario, como cáncer de mama.

Hay 4 tipos generales de mastectomía:

1. Mastectomía subcutánea: se extirpa toda la mama pero deja el pezón y la areola (el círculo pigmentado alrededor de la areola) en su sitio.
2. Mastectomía total (o simple): extirpación de toda la mama pero no los ganglios linfáticos debajo del brazo (ganglios axilares).
3. Mastectomía radical modificada: extirpación de toda la mama y la mayoría de los ganglios linfáticos debajo del brazo (dissección axilar).
4. Mastectomía radical: extirpación de los músculos de la pared torácica (pectorales) además de la mama y los ganglios linfáticos axilares. Esta cirugía se consideró durante muchos años como el estándar para mujeres con cáncer de mama, pero en la actualidad se utiliza en muy pocas ocasiones.

Descripción

Se hace una incisión en la mama, mientras la paciente se encuentra anestesiada (inconsciente y sin dolor). Se extirpa el tejido mamario de la piel y músculo subyacentes. Cuando se realiza una dissección axilar, por lo general se hace a través de la misma incisión

Por lo general, se dejan colocados uno o dos drenajes plásticos para evitar que se acumule líquido en el espacio donde se alojaba el tejido mamario.

El cirujano es quien decide cuándo se retiran los drenajes, típicamente, cuando la cantidad de líquido que drena disminuye a un volumen aceptable, lo cual puede tomar entre unos pocos días y una semana o más. Muchas mujeres se van para su casa con los drenajes, los cuales se le retiran durante una visita al consultorio.

Es posible reconstruir la mama (con implantes artificiales o tejido propio) en la misma operación (reconstrucción inmediata) o en una fecha posterior, después de que se suministran otros tratamientos (reconstrucción retardada).

La reconstrucción suma complejidad a la cirugía. Las decisiones acerca de someterse a la reconstrucción de la mama y el mejor momento para ello se toman en conjunto entre la mujer y sus médicos y comprenden la consideración de muchos factores individuales.

Indicaciones

La razón más común para llevar a cabo una mastectomía es el cáncer de mama y es una alternativa a la cirugía de conservación de la mama. La decisión acerca del mejor tipo de cirugía para cada paciente es compleja. Ante un diagnóstico de cáncer de mama, se recomienda analizar

tan detalladamente como sea necesario con el médico los aspectos más importantes para las circunstancias propias de cada paciente. Los asuntos importantes incluyen el tamaño del tumor en relación con el tamaño de la mama, la presencia de más de un tumor en la mama, los efectos secundarios de la radioterapia y las preferencias personales.

Otra razón para llevar a cabo una mastectomía es cuando la mama contiene un carcinoma ductal o canalicular in situ (DCIS) diseminado. Este tipo de carcinoma es una afección precancerosa y tiene el potencial de convertirse en cáncer invasivo si se deja en su sitio. Normalmente, se descubre cuando un mamograma sospechoso alerta al médico para que efectúe una biopsia.

El DCIS que se presenta en un área pequeña se puede retirar mediante una tumorectomía, pero cuando se disemina por toda la mama podría requerir una mastectomía. Cuando la mastectomía se lleva a cabo por este carcinoma, por lo general no requiere la extirpación de los ganglios linfáticos debajo del brazo.

La mastectomía preventiva o profiláctica es la extirpación quirúrgica de una o ambas mamas que no contienen cáncer ni DCIS y se hace para prevenir o reducir el riesgo de sufrir cáncer de mama. Este procedimiento se considera una alternativa a los exámenes intensos y se efectúa sólo después de consideraciones cuidadosas, que a menudo comprenden pruebas genéticas y una evaluación psiquiátrica.

Se puede realizar una mastectomía subcutánea o total, que es una opción para reducir el riesgo de cáncer de mama en mujeres que presentan alto riesgo de desarrollarlo.

Entre las mujeres que podrían considerar una mastectomía profiláctica están las que tienen fuertes antecedentes familiares de cáncer de mama, especialmente si las parientes han sido diagnosticadas a edad muy temprana.

Algunas familias presentan una mutación genética conocida que predispone al cáncer de mama (BRCA1 o BRCA2) y los individuos pueden someterse a pruebas para estos genes. Las mutaciones heredadas de estos genes aumentan el riesgo de desarrollar cáncer de mama durante la vida. Es importante subrayar que la mastectomía profiláctica reduce considerablemente, pero no elimina el riesgo de cáncer de mama.

Riesgos

La mastectomía es una cirugía muy segura y la mayoría de las pacientes se recupera bien, sin complicaciones. Sin embargo, como con cualquier cirugía hay riesgos. Aquí aparece una lista de complicaciones posibles, pero se debe tener en cuenta que a menos que se diga lo contrario, por lo general, no se presentan.

Los riesgos de cualquier cirugía son sangrado, infección y lesiones en los tejidos circundantes. Es posible que se presenten dolor e inflamación posoperatorios, los cuales pueden tratarse de manera efectiva con analgésicos. También quedará una cicatriz en la pared torácica. La cicatrización es una consecuencia de cualquier cirugía y es inevitable.

Los riesgos de la anestesia general son problemas respiratorios y cardíacos potenciales, así como posibles reacciones a los medicamentos. Para una mujer, que a excepción de esto, esté en buenas condiciones de salud, el riesgo de una complicación grave debida a la anestesia general es de menos del 1%.

Los riesgos relacionados específicamente con la extirpación de la mama comprenden el compromiso del flujo sanguíneo hacia la piel de la pared torácica, que puede provocar la pérdida

de un poco de piel. En circunstancias muy extremas, esta complicación puede requerir un injerto de piel, pero es muy poco común. También existe un riesgo de sangrado en el espacio que antes ocupaba la mama. En algunas ocasiones, se requiere una segunda operación para controlar el sangrado, pero también es poco común.

Existen riesgos relacionados específicamente con la extirpación de los ganglios linfáticos cercanos (disección axilar):

- Muchas pacientes experimentan rigidez del hombro después de la extirpación de los ganglios linfáticos de la axila, pero esto mejora con el tiempo, especialmente con el ejercicio y la fisioterapia.
- Se puede presentar una acumulación de líquido, denominada un seroma, en la axila. Este es relativamente común y por lo general se resuelve solo, pero puede requerir drenaje con aguja.
- Debido a que los ganglios linfáticos axilares normalmente drenan el exceso de líquido del brazo, la extracción de estos puede provocar inflamación posoperatoria del brazo del mismo lado de la mama que se ha extirpado. Esta inflamación (denominada linfedema) es poco común, pero cuando se presenta puede ser un problema persistente y conlleva un aumento del riesgo de infección.
- Existen algunos nervios importantes en el área de los ganglios linfáticos axilares que se ponen en riesgo durante la cirugía y muchas pacientes presentarán una zona entumecida en la parte interior del brazo después de la cirugía. También se encuentran en riesgo nervios que van a los
- músculos de la espalda y la pared torácica, pero el cirujano realiza todos los esfuerzos para protegerlos durante la cirugía.

También existen riesgos relacionados con la cirugía reconstructiva; si ésta se realizó utilizando un implante, existe un aumento del riesgo de infección. También se presenta el riesgo de que se contraiga la cicatriz alrededor del implante.

Lo anterior puede hacer que la mama se sienta dura y se puede tratar mediante la extracción/reemplazo del implante. Cada una de estas alternativas implica otra cirugía. Las cicatrices quirúrgicas se pueden desvanecer con el tiempo, pero nunca desaparecen por completo.

La reconstrucción mediante el uso de tejido propio del abdomen, la espalda o los glúteos acarrea un mayor riesgo de sangrado y una pequeña posibilidad de que el tejido transferido pierda su suministro de sangre y se deba retirar.

Expectativas después de la cirugía

El tratamiento exitoso del cáncer de mama y la probabilidad de supervivencia a largo plazo para las mujeres con cáncer de mama depende de manera crítica de la etapa de la enfermedad al momento del diagnóstico.

Las principales herramientas para la detección oportuna del cáncer de mama son el autoexamen de mamas, los exámenes clínicos periódicos por parte de profesionales de la salud, además de evaluaciones anuales con mamografía por rayos X.

De estos tres, la combinación de examen clínico con mamografía representa el método de detección más efectivo. En los Estados Unidos, se recomienda el examen anual mediante mamografía para mujeres de más de 40 años.

Si se detecta en sus etapas iniciales, el tratamiento adecuado da como resultado una tasa de supervivencia de más del 90% a 10 años. El número de nuevos casos de cáncer de mama ha ido en aumento gradual en los últimos años y es muy probable que continúe así a medida que la población envejezca.

Sin embargo, las posibilidades de morir por esta enfermedad han estado disminuyendo permanentemente entre 1 y 2% cada año. Este mejoramiento se debe a la detección temprana y a los tratamientos más recientes como la terapia hormonal y una mejor quimioterapia.

La reconstrucción de la mama durante la mastectomía o en una fecha posterior puede ayudar a recuperar su apariencia normal y las técnicas para hacerlo han avanzado enormemente. El objetivo de la reconstrucción es restaurar la simetría de los mamas cuando la mujer está vestida. La diferencia entre la mama sana y la mama reconstruida con frecuencia puede notarse cuando la mujer está desnuda. La reconstrucción no restaura la sensibilidad normal.

La reconstrucción de la mama con frecuencia puede hacerse al momento de la mastectomía, si la paciente lo decide y el médico oncólogo y el cirujano están de acuerdo. Hay varias técnicas para hacerlo y, para la mayoría de las pacientes, la reconstrucción implica dos o tres procedimientos quirúrgicos.

La primera cirugía va destinada a reconstruir la forma de la mama. En algunas ocasiones, es necesaria una cirugía adicional para alterar la forma o ubicación de un implante o para modificar la otra mama en busca de una mejor simetría. Un procedimiento adicional pequeño comprende la reconstrucción del área del pezón/areola.

Muchas mujeres optan por no someterse a la reconstrucción de la mama. Para ellas hay una variedad de prótesis que pueden ser utilizadas en el sostén para dar contorno y simetría naturales.

Además de la cirugía, se pueden incluir otros tratamientos que comprenden terapia hormonal, irradiación y quimioterapia para disminuir el riesgo de reaparición y aumentar las posibilidades de supervivencia a largo plazo. Estos tratamientos tienen sus propios efectos secundarios que serán discutidos por el médico con la paciente.

Convalecencia

La hospitalización varía de 1 a 3 días dependiendo del tipo de cirugía, pero es común la permanencia más prolongada si se incluye la reconstrucción de la mama. Como ya se dijo, se colocan drenajes quirúrgicos para extraer los líquidos que puedan acumularse.

Los drenajes pueden mantenerse por más tiempo después de la salida del hospital y se le enseña a la paciente a medir el líquido que drena de ellos. Los puntos de sutura por lo general se dejan debajo de la piel y se disuelven por sí solos. Si se utilizan puntos de sutura irreabsorbibles o ganchos, se retiran típicamente entre los 7 y 10 días después de la operación. La recuperación completa puede tomar de 3 a 6 semanas.

Toma tiempo para que la mujer se acostumbre a la pérdida de la mama, pero las conversaciones con otras mujeres que hayan pasado por una situación similar, con su pareja y con su familia, son de gran utilidad para aprender cómo afrontar estos sentimientos. Los profesionales de la salud pueden ayudar a localizar grupos de apoyo para la paciente y su familia y un profesional del área

de la salud mental puede ayudar a la mujer y a la familia a aprender a adaptarse.

Fuente: <https://netsaluti.com>