

Reconstrucción mamaria



Los asistentes al Curso de Reconstrucción mamaria del Hospital de Sant Pau, organizado por el Dr. Jaume Masià y patrocinado por SECPRE

Se celebró en Barcelona un interesante Curso de Reconstrucción Mamaria, organizado por el Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora del Hospital de Sant Pau de Barcelona, bajo la dirección del doctor Jaume Masià, director ejecutivo de este Servicio, y patrocinado por la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora (SECPRE) con la que colaboró la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria.

M.D. MUNTANÉ

Prótesis y reconstrucciones con tejido autólogo

Los contenidos de este Curso respondieron a sus objetivos planteados como un servicio útil para los residentes, de modo que ellos mismos participaron en la elaboración del Programa y el doctor Masià no olvidó en ninguna de sus intervenciones el invitarles a hacer preguntas a los ponentes y a propiciar el debate. El Curso contó con la presencia y colaboración como ponentes del doctor Antonio Porcuna, actual presidente de la SECPRE, con quien ofrecemos una interesante entrevista al final de este Reportaje-Dossier que ha sido elaborado bajo la dirección del doctor Jaume Masià.

El doctor Jaume Masià es un gran profesional de la especialidad que dirige el Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora del Hos-

pital de Sant Pau de Barcelona, así como la Unidad de Reconstrucción de la Clínica Planas de Barcelona. Precisamente, en reconstrucción mamaria, el equipo médico de la Clínica Planas fue de los pioneros en la introducción de la técnica DIEP en España y el doctor Jaume Masià aprendió esta técnica quirúrgica tras una larga estancia en Bélgica y el Reino Unido al lado de Phillip Blondeel, el especialista más prestigioso de Europa que empezó a usar el DIEP el año 1994.

El doctor Masià empezó a realizar la reconstrucción mamaria con DIEP hace unos ocho años en Barcelona. Y actualmente forma parte del equipo con una mayor experiencia en nuestro país, con más de 340 pacientes intervenidas.

El programa estuvo estructurado con un bloque de introducción, una exposición sobre todas las técnicas, ya fueran con prótesis o con colgajos de distintas procedencias y un repaso a los sistemas sanitarios y hospitalarios y sus distintos puntos de vista y procesos en atención a la reconstrucción mamaria. Desde luego estuvo patente el diferente enfoque de la medicina privada, la pública y la de aseguradoras, así como la aproximación o no de los servicios de Oncología con los de Cirugía Plástica Reparadora.



Antes y después de reconstrucción mamaria. (Archivo del Dr. Jaume Masià. Hospital de Sant Pau. Barcelona)



El gran avance en la reconstrucción mamaria

El cáncer de mama es el que más afecta a la mujer occidental. De hecho, una de cada ocho sufre esta enfermedad. Y a pesar del esfuerzo en prevención, cada vez más se ven afectadas por este tipo de cáncer mujeres jóvenes. Para paliar las secuelas psicológicas y físicas que quedan después de la amputación de un pecho, los propios oncólogos recomiendan la reconstrucción a sus pacientes. Pero la reconstrucción no es fácil cuando ésta no ha sido prevista en la amputación y es lo que los especialistas denominan una "reconstrucción diferida". En cambio, técnicamente es mucho mejor si la intervención se hace con una planificación adecuada, pensando siempre en la reconstrucción, o bien la cirugía se realiza ya con el oncólogo y el cirujano plástico en la misma y la reconstrucción es planificada desde antes de la amputación.

Claro está que las radiaciones impiden una reconstrucción estética por las secuelas que dejan y los cirujanos plásticos topan en muchas ocasiones con malas actuaciones primarias que les dificultan enormemente su labor.

Algunos de los ponentes llegaron a considerar que uno de los peores procesos de atención sanitaria es seguramente la atención oncológica en caso de cáncer de mama, por muchas razones. Por falta de planificación en los centros hospitalarios, por falta de planificación del mismo sistema sanitario, por mala voluntad de colaboración por parte de las mutuas y aseguradoras en proporcionar los medios para una buena reconstrucción y porque el propio sistema niega la reconstrucción o la retarda demasiado en algunos casos en mujeres de más de sesenta años, que pueden alcanzar con ella una gran calidad de vida porque se recuperan de la dolencia, y la facilita a mujeres más jóvenes que quizá no reciben el tratamiento adecuado.

Reconstrucción mamaria con prótesis o con DIEP

La reconstrucción mamaria se realiza con prótesis con las que se reconstruye el volumen de la mama recubriendo estas prótesis con piel obtenida a través de expansores titulares o bien se realiza con colgajos autólogos procedentes de zonas dadoras ya sea de las nalgas o del abdomen.

Con esta técnica, la demanda de reconstrucción con

tejido propio de la mujer, es decir, sin usar implantes de mama, se ha incrementado de forma espectacular, consolidándose como la técnica de elección en los centros de mayor prestigio a nivel mundial.

Consiste en reconstruir el pecho con tejido abdominal de la propia paciente, de manera que en muchos casos, esta intervención es utilizada para reducir el volumen del abdomen de la paciente con lo cual, ésta se siente satisfecha de conseguir dos objetivos en una misma intervención. Se trata de la técnica más nueva de reconstrucción mamaria que permite realizar la reconstrucción utilizando únicamente la piel y grasa del abdomen, sin destruir ningún músculo y sin utilizar ningún implante para el cuerpo (implantes mamarios). La técnica aprovecha el exceso de piel y grasa del abdomen de la mujer, que por sus características físicas de color, grosor y textura es la idónea para la reconstrucción mamaria.

El inconveniente de este tipo de intervenciones son su dificultad, ya que la media de duración de cada operación es de 6 a 7 horas aproximadamente y el tiempo de ingreso en el centro hospitalario no suele superar los cinco días. En una semana la paciente puede hacer vida normal y en tres semanas se produce la recuperación total. Las mamas evolucionarán armónicamente, es decir cuando la paciente adelgace la nueva mama adelgazará, si engorda aumentará su volumen, cuando la paciente envejezca y las mamas caigan lo harán de una forma simétrica. Es por tanto un tipo de reconstrucción duradera, que se integra absolutamente en el contorno corporal. Una vez realizada la reconstrucción mamaria y dejado transcurrir un periodo de tiempo prudencial para que el tejido reconstruido se desinflame, se reconstruye la areola y el pezón con tan sólo una sencilla intervención de anestesia local y sin ingreso.

Equipo médico especializado

Este tipo de intervención precisa de un equipo altamente espe-

“La reconstrucción mamaria se realiza con prótesis con las que se reconstruye el volumen de la mama recubriendo estas prótesis con piel obtenida a través de expansores titulares o bien se realiza con colgajos autólogos de zonas dadoras.”

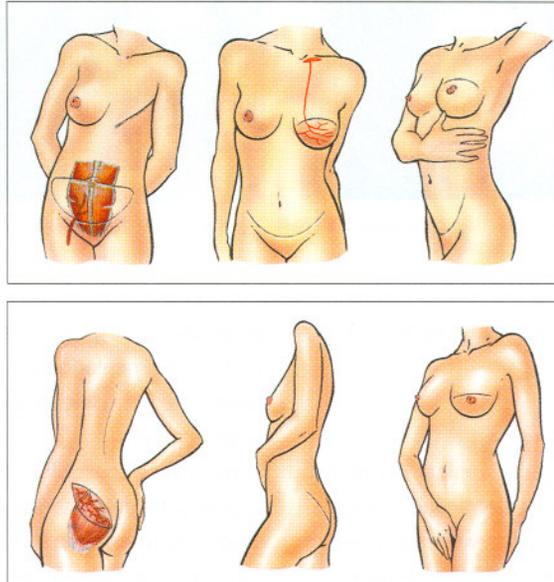
cializado en microcirugía. Porque el DIEP se realiza mediante técnicas de disección microquirúrgica que permiten conservar el músculo recto abdominal en su totalidad, así como sus nervios. De esta forma evitamos que la mujer tenga como secuela una debilidad de la pared abdominal y una disfuncionalidad muscular, tal como ocurría con técnicas más antiguas como el TRAM, que utiliza una parte del músculo del abdomen para reconstruir el pecho. El DIEP es la técnica principal en los centros más avanzados de Europa y Estados Unidos. Veremos a lo largo de las ponencias resaltadas que la Reconstrucción mamaria es un tema complejo, de gran contenido técnico y metodológico desde la perspectiva quirúrgica y profesional, pero también una cuestión difícil desde la óptica sanitaria y socioeconómica.

Mujer, mama y sociedad

Éste fue el título de la ponencia del doctor Miguel Prats Esteve, director del Master de Patología Mamaria de la Universidad de Barcelona.

Se trató de un enfoque humanístico del tema en el que el ponente hizo una magnífica exposición de obras de arte de todas las épocas y estilos en los que aparecía una mujer amamantando su hijo o bien la mama de la mujer contemplada desde una perspectiva erótica. Con lo cual estableció las dos funciones de la mama desde la perspectiva social: nutricia y erótica. “Por tanto, señalaba, se trata de una función orgánica y otra simbólica, aunque no menos importante”.

A partir de este interesante punto de vista social y artístico fue muy fácil introducir la relación del gran temor a la enfermedad y en particular a la mastectomía que es vista por la mujer como un castigo, dado su carácter mutilador. “De ahí, enfocaba el doctor Prats, la importancia de la reconstrucción y la gran aceptación que este recurso tenía entre las pacientes de cualquier edad con el objetivo de restablecer una imagen perdida”. Pero el director del Master de Patología Mamaria de la Universidad



Diferentes esquemas de zonas dadoras.

de Barcelona fue muy crítico al llegar a este punto y advirtió que no se trata entonces de restablecer un volumen y que no hay ni que equivocar las expectativas ni engañarse en los resultados. Se trata de que este seno tenía unas funciones que hay que tratar de restablecer en lo que sea posible y tenía una imagen y una simetría con el otro que no hay que perder de vista. Y aunque nunca podrá ser una sustitución en toda regla, es cierto que hay que dar un nuevo significado a esta mama y un nuevo simbolismo.

Expectativas del cirujano plástico ante la reconstrucción mamaria

El doctor Antonio Porcuna, presidente de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, hizo un detallado repaso a las distintas metodologías quirúrgicas de reconstrucción de la mama, así como a las distintas actuaciones en Oncología, desde el tratamiento conservador al que se tiende cada vez más en la actualidad o a la tumorectomía, pasando por la mastectomía parcial o la mastectomía total, afortunadamente en descenso. Se planteaba: ¿qué podemos hacer ante una tumorectomía con radiación con una serie de secuelas postoperatorias?

Otras cuestiones planteadas ya de carácter técnico o metodológico fueron las expectativas ante una asimetría de volumen o una asimetría de areola una deformación de la mama como secuela postoperatoria o una cicatrización anormal.

El suyo fue un denso repaso a todo un ejercicio profesional, aunque demasiado rápido para cumplir con el tiempo pactado. La conclusión suya fue muy clara, no hay posibilidad de generalizar pautas, sino que en función de cada caso es aconsejable elegir la técnica, ya sea de prótesis o de colgajo autólogo y elegir asimismo la zona donante en función de la paciente.

Logística de la reconstrucción mamaria desde la Senología

El doctor Carlos Vázquez Albadalejo de Valencia se refirió a la Senología como materia de estudio y habló de técnicas y de tá-

“La paciente con cáncer de mama sufre los efectos de las promesas de tratamientos milagrosos no probados, de los que cada vez hay más información, a través de la publicidad e Internet.”

ticas. Entre las primeras, las distintas metodologías quirúrgicas, así como las indicaciones o contraindicaciones; el hecho de que la paciente estuviera sometida a quimioterapia, radioterapia, a un tratamiento conservador o a una mastectomía parcial o total. Pero, entre las segundas, la consideración primera consistía en la personalización de la atención y si se trataba de una reconstrucción inmediata o diferida, de una primera o segunda mama y asimismo de la edad de la paciente.

En la elección de técnicas, una vez que se había decidido la cirugía con DIEP, había que volver a decidir la zona dadora.

La atención psicológica de la paciente con cáncer de mama

La doctora T. Estapé es psico-oncóloga y trabaja en la Unidad de Reconstrucción Mamaria de la Clínica Planas de Barcelona, en coordinación con el Servicio de Cirugía Reconstructiva de Mama que dirige el doctor Jaume Masià. Ella habló del tabú que rodea a la palabra “cáncer”, así como de los efectos que producen en el paciente las promesas de tratamientos milagrosos no probados de los que cada día hay más información porque la paciente tiene acceso a información publicitaria y de Internet. Pero en los tabús se mezclan patrones culturales en los que el concepto de “cáncer” va ligado a la idea de muerte y de castigo.

Por otra parte, la doctora Estapé señalaba que se trata de mujeres que ante la nueva situación han de readaptarse a la cotidianidad de haber perdido el control de su vida y que este control ahora está en manos de los médicos y de las enfermeras, con lo que se produce un cambio de percepciones y de enfoque del día a día, lo que supone una ansiedad y depresión. Por todo ello, son pacientes a las que hay que dedicar tiempo y en las encuestas que su servicio ha realizado, los resultados en este sentido son muy desalentados. El 45,51 por 100 confesaba que no se les había dedicado nada de tiempo para confiarles el diagnóstico. El 46 por 100 decía que 10 minutos; un 34,01 por 100 entre 15 y 30 minutos y un 7,20 por 100 decía haber recibido más atención y que se lo habían comunicado en una conversación de entre 40 y 45 minutos. Evidentemente, se refería a la consulta privada. Y la ponente confesaba que esto era una falta clara de profesionalidad y de atención que la sanidad pública no podía ni debía permitirse.

Luego se refirió a las secuelas de esta enfermedad y recabando de nuevo la información con encuestas, la ponente se refería a que un 7,26 por 100 de las enfermas tiene problemas en la relación de pareja y que un 16,46 por 100 dice tener un apoyo

inadecuado; aunque confesaba que había más que recibían buen apoyo que las que no lo recibían. En general, se ponía de manifiesto que el cáncer consolidaba las buenas relaciones y que era un detonante cuando éstas ya estaban “tocadas”. “Aunque no hay que olvidar, precisaba, que los valores de las mujeres cambian con la enfermedad porque se ve la vida desde otra perspectiva y si no hay una solidez en la relación, esto mismo la destruye. A pesar de que hay que admitir que el 50 por 100 disminuye en sus relaciones sexuales o tiene problemas sexuales o relaciones alteradas o nulas”.

Y finalmente en una conclusión apurada, T. Estapé resumía que de las que sobreviven, un 23 por 100 suele tener problemas laborales, un 24 por 100 tiene problemas con las aseguradoras o con las mutuas y no hay que olvidar nunca que son mujeres que van a vivir siempre con la “espada de Damocles” encima de su cabeza, con lo cual el miedo es un componente que propicia su ansiedad.

Estado de la reconstrucción mamaria en la red sanitaria pública

El doctor Cristian Tebé, de la Agencia de Evaluación Tecnológica y de Investigación, desarrolló esta ponencia en base a datos de la red sanitaria pública hospitalaria y comparó dos autonomías sanitarias españolas: Andalucía y Catalunya.

La probabilidad de tener cáncer de mama antes de los 75 años se sitúa en el 8 por 100 de la población femenina. Y se dan 16.000 casos nuevos cada año en España. En cifras de Estados Unidos, el cáncer de mama afectaba a un 15 por 100 de la población en 1998 y la reconstrucción mamaria se realizaba sólo en el 8,3 por 100 de los casos en el período de 1994-95. El estudio presentado fue realizado con datos hospitalarios de Catalunya y Andalucía del período 1996-2005.

Y resultó que el crecimiento en la aparición de cáncer es muy parecido en ambas autonomías y viene a afectar a un 12/100.000 en ambas, aunque Granada es la provincia andaluza con menor afectación y presenta sólo el 7/100.000.

En cuanto a la evolución de la línea quirúrgica, la línea conservadora se inicia en Catalunya entre 1997 y 1999, mientras que en Andalucía no llega este cambio hasta el 2002.

En Andalucía, a las mujeres con más de 60 años se las deja con mastectomía total, mientras que en Cataluña se sigue una cirugía más conservadora.

En cuanto a la reconstrucción inmediata o diferida, en Cataluña la cirugía reconstructora realizada en el mismo acto oscila entre

“*La solución óptima es aquella que mejor se adapta a la realidad individual de cada paciente, ya sea por las circunstancias del diagnóstico o por la edad o incluso por la constitución física.*”

el 3 y el 11 por 100 en función de la edad. Y en Andalucía esta oscilación es entre el 2 y el 10 por 100.

Por edades, empieza con el 3 por 100 y sólo llega al 20 por 100 en el 2005 y por encima de 60 años la reconstrucción es prácticamente insignificante en Cataluña. En mujeres menores de 50 años llega al 8 por 100 y en menores de 25 años al 80 por 100. En Andalucía, en mayores de 60 años es inexistente.

La frecuencia de la reconstrucción se ha analizado por regiones sanitarias. Y se ha visto que en Huelva y Málaga, por ejemplo, es más frecuente que en otras provincias andaluzas como Granada. Huelva contempla un 18 por 100. Málaga un 26 por 100. Y Granada sólo un 12 por 100. El resto oscila entre el 12 y el 17 por 100.

En Catalunya, la Costa de Ponent (área de influencia del Hospital de Bellvitge), la reconstrucción llega al 39 por 100. En Girona, al 24 por 100. En Lleida, al 23 por 100 y en Tarragona, sólo al 18 por 100. Pero, en cambio, en la misma provincia de Tarragona, en la zona de Terres de l'Ebre (Tortosa), la reconstrucción es prácticamente inexistente. Y en el Maresme (cerca de Barcelona y zona de influencia del Hospital Germans Trias de Badalona) sólo llega al 7 por 100.

En lo que se refiere a si se utilizan técnicas autólogas o implantes, las técnicas autólogas eran el 10 por 100 en 1996 y son ahora el 40 por 100 en 2005. Los implantes eran el 76 por 100 en 1996 y son ahora el 38 por 100 en 2005. Y las técnicas indeterminadas, bien por error en la historia clínica o por mala comprensión o por indeterminación constituyeron el 14 por 100.

El ponente se refería a que un apartado difícil de poder suscribir en el análisis fue si la reconstrucción había sido diferida porque al tratarse de dos ingresos hospitalarios distintos y no tener el nombre de los pacientes si no un número de historia clínica, representaba que si este segundo ingreso se hacía en otro centro para la reconstrucción diferida, la paciente podía constar con otro número de historia clínica.

La conclusión era que la reconstrucción se realizaba en el 14 por 100 de los casos en Catalunya y en el 12 por 100 en Andalucía. Y que la afectación en Catalunya era del 12/100.000 de la población en ambas autonomías con excepción de Granada que presentaba el 7/100.000.

Reconstrucción mamaria en un hospital de nivel 3 de referencia

El doctor Jaume Masià planteó el proceso de reconstrucción mamaria desde la óptica de un hospital de tercer nivel y de refe-

rencia como lo es el Hospital de Sant Pau de Barcelona. Y aseguró que ellos ven reconstrucciones de todos los niveles y que aunque muchas veces parece que una reconstrucción es mejor que nada, no siempre ésta es óptima y que hay que admitir que una reconstrucción mamaria, desde la perspectiva técnico-quirúrgica no es una cosa fácil; pero que hay que pensar que gente como su equipo sólo se dedican a esto por ser conscientes de la complejidad, algo de lo que no siempre se es consciente.

Y gráficamente y a través de imágenes mostró verdaderas desgracias de reconstrucciones con las que topan en su vida cotidiana profesional.

Él y su equipo se han especializado en la reconstrucción mamaria con colgajos extraídos de una zona donante, ya sea del dorsal ancho o del abdomen. Y lo justificó esencialmente porque los implantes son algo que puede que quede muy bien pero que no es algo para toda la vida. En la misma medida en que este concepto, quizá, en un momento determinado, puede ser decisivo para admitir que ésta es la mejor solución de trasvaso.

“Así que la solución óptima no suele ser la que va mejor a cada profesional en función de su experiencia, sino que es aquella que mejor se adapta a la realidad individual de cada paciente, ya sea por las circunstancias del diagnóstico o por la edad o incluso por la constitución física, ya que a la hora de elegir la zona dadora puede que si ésta es el abdomen, la paciente se beneficie doblemente de la intervención porque cubra dos objetivos a la vez. En cuanto a la zona dadora de la nalga o zona glútea, el director ejecutivo del Servicio de Cirugía Plástica y Estética del Hospital de Sant Pau se inclinaba en el sentido de que la grasa no tiene la misma calidad que la abdominal o la de la zona dorsal, que tiene muchas nerviaciones e irrigaciones y que no resulta tan agradecido el implante porque hay muchas cicatrizaciones desafortunadas con grasa procedente de la zona glútea.

En razón de su dilatada experiencia profesional, el ponente señalaba sus preferencias por la zona dorsal ancha o el abdomen. Y añadía que en la actualidad, como habíamos anotado en las conferencias del día anterior, de los doctores P. Serret, del Hospital de Sant Pau, o en la del doctor Cristian Tebé, de la Agencia de Evaluación Tecnológica, en la actualidad se hacían más reconstrucciones con tejido autólogo que con implantes, a diferencia de algunas décadas atrás. Pero si tenemos en cuenta la realidad de los hospitales públicos, las listas de espera y los tiempos, la duración de una reconstrucción con tejido autólogo era que sólo se podía hacer una en una mañana. Y en cambio,

con implantes podían hacerse tres en el mismo tiempo. Pero, aún así, lo cierto es que éticamente estos centros permitían que fuera la paciente la que decidiera e intentaban transmitirle su realidad desde el punto de vista subjetivo de la paciente.

“Pero, desgraciadamente, el tiempo es el que es y los presupuestos sanitarios son los que son. Y sumergidos en esta dura realidad, había que admitir que se comete el gran fallo de conceder al reconstrucción mamaria a una mujer de 30 ó 35 años y no a una de 60, la cual había pagado más años de impuestos y tiene los mismos derechos y a lo mejor una calidad de vida igual o superior”. “Y ésa es la pena de la realidad de la Sanidad Pública”, admitía.

Reconstrucción mamaria en Mutuas y Aseguradoras Médicas

Los doctores Manuel Sancho de Bilbao y J. M. Palacín, del Centro Médico Teknon, abordaron esta cruda temática ante la que se enfrentan la mayoría de mujeres que precisan una reconstrucción mamaria y que han pagado religiosamente, durante

años, su seguro privado y que luego se encuentran con que éste no cubre o se resiste a cubrir la reconstrucción o pone pegas a la cobertura de implantes u otras anomalías.

El doctor Manuel Sancho analizaba la realidad actual en la que cada vez hay mujeres más jóvenes que topan desgraciadamente con esta patología. Y además, el hecho de que se produzca afortunadamente una mayor supervivencia enfrenta a una mayor demanda de reconstrucción mamaria, en particular porque en el pasado se han realizado muchas mastectomías en lugar de tratamientos más conservadores.

Y el ponente decía que “quizá las mujeres mayores de cincuenta años que se enfrentan a la enfermedad tienen un mayor grado de conformismo que las jóvenes que tienen una mayor necesidad de presunción de su imagen corporal, ligada a su autoestima”.

“En la asistencia privada y de mutuas”, añadía el ponente, “se da un público muy informado, de un nivel socio-cultural alto, con acceso a mucha información médica y que acude a este



Antes y después de reconstrucción mamaria. (Archivo del Dr. Jaume Masià. Hospital de Sant Pau. Barcelona)

tipo de servicios por la saturación de los servicios de sanidad pública. Cuestión que anima a muchos a suscribir pólizas, con el consiguiente aumento anual de la demanda. Por lo menos, insistía, ésta es la realidad del País Vasco, aunque es cierto que se veía totalmente trasposable a Catalunya”.

“Este tipo de público”, señalaba el doctor Sancho, “tiene una alta exigencia en los resultados, una mayor demanda en la atención y una también mayor exigencia en la calidad asistencial. Y justamente, todo esto es muy dudable que exista en la atención oncológica, donde se da una gran morbilidad axilar, una gran tendencia mutilante y una descoordinación con los servicios de cirugía plástica, cosa que entorpece el proceso y cuya falta de integración de ambos tratamientos hace fracasar muchos resultados”.

El ponente vasco señalaba la importancia de un trabajo conjunto entre oncólogo y cirujano plástico en el mismo acto quirúrgico. Y añadía que esto que parece tan necesario desde la perspectiva técnica e integradora, parece un lujo y que muchas pacientes les llegan ya sin la posibilidad de coordinar el tratamiento y cuando la oncología ya ha terminado su trabajo.

“Por otra parte”, concedía el doctor Sancho, “el cáncer de mama, desde la perspectiva de las mutuas, no es una enfermedad profesional, así que su consideración económica en las mutuas y aseguradoras es distinta. El problema quizá radica en que no están bien determinados los baremos propios del proceso patológico y quirúrgico. Y hay pólizas distintas con criterios particulares”.

En algunas como Adeslas, hay una carencia de 6 meses, pero incluyen el coste de las prótesis. No así en Maphre, donde éstas están excluidas. Algunas excluyen la cobertura de expansores y de prótesis o no se cubren bien los tratamientos completos. Las coberturas son dudosas o pagan reconstrucciones parciales y excluyen la microcirugía, etc.

“La conclusión es que no se aplican baremos con el nivel de complejidad de este tipo de intervenciones. Y la pregunta del

“*Cuando empezó a plantearse la reconstrucción mamaria, ninguna aseguradora quería cubrirlo. El tiempo mejorando las cosas y aunque las aseguradoras y mutuas pagan fatal, por lo menos admiten la necesidad de que han de afrontar esta realidad.*”

millón es si el cirujano se ha de ajustar a la aseguradora o ésta se ha de ajustar al enfermo y el médico ha de decidir lo que le conviene al enfermo. Así que lo que impera es añadir al problema moral, físico y psicológico de la paciente, el problema económico de la realidad que la aseguradora le ofrece y discutir con ella, que la enferma valore su situación y tome la decisión adecuada”.

El doctor J. M. Palacín felicitó al ponente que le precedía por su alocución políticamente correcta, a la que él añadiría lo políticamente incorrecto con lo que su realidad cotidiana batallaba. Y apuntó: “Cuando empezó a plantearse el tema de la reconstrucción mamaria, ninguna mutua ni aseguradora quería cubrirlo. El tiempo ha ido poniendo las cosas en su sitio y aunque las aseguradoras y mutuas pagan fatal, por lo menos admiten la necesidad de que han de afrontar esta realidad”.

“Problemas importantes: los expansores titulares están excluidos o sólo pagan un 35 por 100, no quieren ni oír hablar de simetrías, pero nosotros no tenemos otro remedio que conseguirlos, y lo hacemos en el mismo acto quirúrgico y saben que lo pagan. ¿Pero qué vamos a hacer si nos encontramos con cicatrices irradiadas que han retraído los colgajos dorsales y es necesaria una remodelación contralateral? Tampoco atienden la necesidad de prótesis anatómicas y sólo cubren un 45 por 100”.

“Como especialistas, añadía, debemos exigirnos ser sinceros con nosotros mismos, valorar qué pasa en cada paciente y su calidad de vida. Yo me paso la vida discutiendo con los directores de mutuas en ese tira y afloja infernal que me hace perder tanto tiempo. Pero... de momento, no hay otra solución. Porque hace años que las mutuas no pactan y renuevan sus contratos con los colegios y éstos nunca han llevado con dignidad los precios de los baremos. Las pacientes se sienten estafadas y nosotros debemos defender los derechos de las pacientes. Entonces, ¿qué hay que hacer?, ¿llenarnos de juicios?”.

Finalmente, el ponente aseguraba que “si se tomaran decisiones óptimas en el proceso de tratamiento del cáncer de mama, habría la gran revolución del siglo XXI”.

Luego, dirigiéndose al público de residentes, cerraba con estas palabras: “Lo siento, para conectarles con la realidad, debía de ser políticamente incorrecto”.

Reconstrucción mamaria en un país vecino: Italia

El doctor G. Cricri, del Hospital Sandro Pertini de Roma, hizo

una exposición sobre la realidad de la reconstrucción mamaria en Italia y siempre desde la perspectiva de un hospital de referencia de la sanidad pública.

El ponente italiano advertía que no existen datos homogéneos publicados que fotografien el porcentaje de reconstrucciones inmediatas con colgajos o prótesis y de reconstrucciones diferidas. Pero, que en Italia, en la actualidad, el 90 por 100 de reconstrucciones son inmediatas y con prótesis y sólo el 10 por 100 son autólogas. El porqué de esta situación había que buscarlo, a su criterio, en base a tres cuestiones: la legislación italiana, las necesidades de quirófano de los hospitales y los equipos médicos.

Luego se refirió al error en las bases de datos hospitalarias en las que no quedan claros los códigos de intervenciones con colgajos o con expansores. La realidad concluyente era que la reconstrucción protésica era más barata y más fácil que con colgajos, de ahí que fuera la elegida para reconstrucción inmediata. Porque además se había comprobado que la reconstrucción diferida tenía resultados menores. Y advertía que los países como Italia con un sistema sanitario general y con presupuestos sanitarios cerrados reservan la microcirugía para casos muy especiales. El doctor Cricri aseguraba que lo que limita la microcirugía son los recursos sanitarios, algo en lo que coincidía la siguiente ponente, la doctora Winifer, quien decía que la microcirugía, además de una mayor dificultad quirúrgica que precisa de equipos muy bien formados, precisa de mayor tiempo de quirófano, pero además de cuidados intensivos postoperatorios, lo cual encarece enormemente la asistencia.

En doctor Jaime Masià, ya en el foro de debate añadía a toda esta perspectiva, la necesidad real de impulsar desde la SECPRE nuevos baremos médicos que estudien al detalle todo el proceso de tratamiento médico y quirúrgico del cáncer de mama y en particular los actos quirúrgicos y además que sería interesante que en Europa se agruparan varios países para hacer una nueva catalogación de toda la cirugía plástica en los hospitales públicos.

Y cerraba su alocución aludiendo medio en broma y muy en serio que “los políticos deben empezar a entender todo lo que hacemos en Cirugía Plástica, porque ellos piensan quizá que somos sólo los que ponemos el botox o aumentamos o reducimos pechos. Y esto no es así. Y, por ejemplo, ¿qué me dicen de la Cirugía Ortopédica?. Yo pienso que ésta no puede entenderse sin la Cirugía Plástica, de la misma forma que no puede entenderse la Oncología sin la Cirugía Plástica”.

“El 40 por 100 de los recursos de Cirugía Plástica del Hospital de Sant Pau se dedican a reconstrucciones mamarias inmediatas”



El doctor Jaume Masià es especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora y director de este Servicio en el Hospital de Sant Pau de Barcelona. Se ha especializado en reconstrucción mamaria por DIEP, en cirugía estética de la mama, en reconstrucción de las extremidades inferiores y en definitiva, en Microcirugía.

En España, solamente de un 10 a un 15 por 100 de las mujeres mastectomizadas reciben reconstrucción mamaria. Y en el Hospital de Sant Pau, como institución de la Sanidad Pública de Catalunya y como centro de referencia, acuden muchas mujeres mastectomizadas procedentes de distintos puntos de Catalunya e incluso del resto del estado español. “De estas pacientes, nos explica el doctor Jaume Masià, al 80 o 90 por 100, se les practica la reconstrucción mamaria. Pero es evidente que existe una dilatada lista de espera en el centro”. “Nosotros”, sigue el director del Servicio de Cirugía Plástica,

Estética y Reconstructiva de Sant Pau, “dedicamos el 40 por 100 de nuestro tiempo a la reconstrucción mamaria inmediata, lo que significa asimismo el 40 por 100 de los recursos de nuestro servicio. Esto quiere decir que las pacientes que llegan al Servicio de Oncología del Sant Pau para que les sea practicada una mastectomía porque presentan una tumoración que hay que reseca o algún tipo de diagnóstico radiológico que aconseja practicar una mastectomía profiláctica, la programación de la misma se hace en función de la reconstrucción inmediata en coordinación con nuestro servicio. El proceso es realmente rápido en estos casos y la espera no es más de dos o tres semanas como máximo”.

Y ¿cuándo vienen a Sant Pau en busca de una reconstrucción y con la mastectomía ya practicada?

El proceso es distinto. Nosotros recibimos a la paciente y en cuanto es seleccionada, pasa a una lista de espera donde es programada en función de la priorización dentro del sistema sanitario. Y naturalmente, también cuenta el sistema elegido o la técnica reconstructiva. Si es con DIEP, la lista es considerable, porque al Hospital acuden en busca de esta técnica, como le decía, pacientes de toda Catalunya y del resto de España. Y ya se sabe, disponemos de unos recursos que no son ilimitados.

¿Cuál serían las prioridades de la selección? ¿Quizá la edad?

No. No me parece justo que una mujer de 35 años tenga más derechos que una de 58, cuando las dos tienen los mismos derechos y pagan los mismos impuestos.

¿Influye entonces la psicología de la paciente y su estado general?

Los criterios de selección son muy complejos. E intentamos buscar la mayor equidad dentro del sistema sanitario que tenemos. Si es una señora mastectomizada y en tratamiento controlado, dependerá de la lista de espera, pero puede tardar en este hospital entre un año y medio y dos años.

LA TÉCNICA RECONSTRUCTIVA DIEP

¿Me explica en detalle el proceso quirúrgico del DIEP?

Consiste en una reconstrucción de la mama aprovechando el tejido propio de la paciente que extraemos de su abdomen. Así

“ El proceso quirúrgico del DIEP consiste en una reconstrucción de la mama aprovechando el tejido propio de la paciente que extraemos de su abdomen. Así que no se incorpora en esta técnica ningún elemento extraño o implante. ”

que no se incorpora en esta técnica ningún elemento extraño o implante, sino que procuramos que la reconstrucción sea hecha con el tejido propio y que sea el más parecido al de la mama. Y el del abdomen lo es. ¿Por qué? Porque es de piel blanca y fina igual que el de la mama y tiene una grasa muy parecida a la de la mama. Y lo que es más importante: todo esto se hace sin provocar ninguna alteración ni sacrificio muscular. Únicamente extraemos piel y grasa, ningún músculo. Por tanto, la mujer intervenida con DIEP no pierde ninguna funcionalidad como ocurría hace unos años con la técnica TRAM que provocaba, como secuelas, hernias abdominales en algunos casos.



procedimientos y el mejor éxito del proceso. Claro que en la sanidad privada cuentan con una mejor acomodación, mejor hostelería y mayor privacidad. Y buscan seguramente todo esto, junto a las máximas garantías de calidad profesional y existencial.

LA CIRUGÍA PLÁSTICA EN ESPAÑA

¿Cómo está la Cirugía Plástica, Estética y Reparadora española en el nivel internacional?

La Cirugía Plástica en nuestro país no tiene nada que envidiar a la cirugía de Estados Unidos o a la de cualquier país de Europa. En reconstrucción mamaria, por

ejemplo, los centros que practican todas las técnicas están al mejor nivel mundial. Incluso le diré que aquí en Sant Pau tenemos residentes de Estados Unidos. En este momento, está con nosotros el hijo de uno de los mejores cirujanos plásticos de Estados Unidos.

Bueno, alguna vez he oído decir que desde que en Catalunya tenemos la enseñanza universitaria en catalán, hemos perdido residentes internacionales.

Es una gran mentira. Porque nuestra lengua de trabajo es el inglés. Y en el servicio hablamos igual catalán que castellano o inglés.

Usted es vicepresidente de SECPRE, ¿cuál diría que es el peso de los cirujanos plásticos de Catalunya en el resto del estado o en la misma SECPRE?

Bueno, todos formamos parte de la misma sociedad en tanto que grupo como otro cualquiera. Aunque es cierto que Catalunya tiene un peso importante en la Cirugía Plástica española debido a nuestra propia biografía, porque hemos tenido la suerte de tener cirujanos plásticos muy buenos que han sido pioneros en el país y que han marcado un hito internacional, tales como el muy conocido doctor Jaime Planas o el menos conocido porque vivió en la etapa franquista y quedó algo oscurecida su labor, como fue el doctor Gabarró que tuvo que exiliarse como otros grandes médicos catalanes como Trueta o Pi i Sunyer.

¿Y cómo reconstruyen la areola?

Es una técnica sencilla con el propio tejido o puede, a veces, transplantarse parte de la areola contralateral. Luego, un tatuaje puede permitir recuperar el color original.

Yo había leído que se utilizaba, en algunos casos, tejido de la vulva. ¿Es así?

Esto se hacía antes. Se cogía piel de los labios de la vulva y se implantaba en la areola. Pero, actualmente, vemos que es mucho más práctico el tatuaje y no buscar más morbilidad en ese cuerpo.

¿Es posible resolver el problema de la sensibilización?

Eso sería ya hacer milagros. Lo único que conseguimos es una sensibilización relativa en la reconstrucción inmediata cuando procuramos unir uno de los nervios sensitivos del tejido abdominal con los nervios que dan sensibilidad a la mama.

No puede pedirse más... Usted es un cirujano ambivalente, como muchos de su especialidad, en el ámbito público y en el privado. Hábleme de expectativas de las pacientes en ambas sanidades.

No creo que sean muy distintas en una mujer mastectomizada como tampoco lo son en una cirugía cardíaca o en otro tipo de cirugía. En ambas sanidades los pacientes buscan los mejores

M.D. Muntané