



«Cada vez se reconstruyen más mamas con la propia piel y grasa»

Jaume Masià Cirujano plástico experto en reconstrucción mamaria

«El hecho de que las secuelas van a ser reparables descarga de mucha angustia y tensión a la enferma»

ANE URDANGARIN

SAN SEBASTIÁN. Dicen que es una referencia no solo para sus pacientes, a las que atiende en el hospital público de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona y en la clínica privada Planas, en las que es jefe de servicio, sino también para los cirujanos plásticos españoles y de otros países por las técnicas que emplea. Jaume Masià (Tortosa, 1967), que también es presidente de la Sociedad Española de Cirugía plástica Reparadora y Estética, visitó ayer San Sebastián, tras volar directamente desde Seúl, para explicar en el Congreso Nacional de Senología cómo logra no solo reconstruir las mamas de las afectas de cáncer, sino trasplantar los ganglios para restaurar el sistema linfático.

«Usted escribió 'Después del cáncer de mama. Cómo mejorar la calidad de vida durante y después de la enfermedad'. En Gipuzkoa se diagnostican unos 391 tumores al año. ¿Qué le diría a esa mujer a la que le acaban de detectar un cáncer de mama?»

«Le aconsejaría tomar una actitud positiva, dentro de lo desafortunado que es tener un cáncer, porque hay que pensar que hoy en día tiene una supervivencia muy alta. Luego le diría que lo mejor es que le lleve un equipo multidisciplinar, que esté formado por oncólogos, ginecólogos, etcétera y donde haya también cirujanos plásticos para que el tratamiento sea integral. No solo hay que pensar en quitar la mama o en la terapia, sino que tenemos que ver el cáncer como un conjunto que afecta a la mujer, por lo que hay que tratar de solucionar ese cáncer y, a su vez, las secuelas que va a dejar para que la paciente mantenga la calidad de vida.»

«¿Qué papel juega el cirujano plástico?»

«Hoy en día hay técnicas de reconstrucción para el 100% de los casos»

«Con la técnica TBAR hemos conseguido que no haya ninguna secuela de linfedema»

«Suelo insistir en que en las unidades funcionales de mama debe haber cirujanos plásticos y que a todas las mujeres hay que ofrecerles la posibilidad de la reconstrucción mamaria. Hay estudios que demuestran que antes del inicio del tratamiento, con solo realizar una consulta informativa al cirujano plástico y el hecho de que les digan que las secuelas van a ser reparables, se descarga mucha angustia y tensión.»

«¿Cómo viven las mujeres la amputación de la mama?»

«Lo primero que la paciente siente tras el diagnóstico es miedo, miedo a perder la vida y a todo. Luego, cuando ves que esto es una cosa que se puede superar, te queda esa inseguridad en la relación del día a día. La mama tiene unas connotaciones importantísimas en cuanto a feminidad, a la relación corporal, porque un cuerpo amputado condiciona la relación con los demás, ya sea un pecho o una oreja. Y la mama condiciona sobre todo a nivel de la relación con la pareja, la vida íntima, y con la familia. Afecta al día a día porque, ¿cuántas mujeres hay que desde que han sufrido un cáncer de mama no van al gimnasio o les inquieta ir a comprar ropa porque cuando están cambiando se tienen miedo a que alguien pueda ver que no tienen un pecho?»

«Y tras la reconstrucción, ¿qué le dicen sus pacientes?»

«Recuerdo con cariño a una señora de casi 70 años que vino a la consulta por la insistencia de su hija. Llegó, y eso lo vemos bastante, con una actitud de cierta inseguridad, de no saber si quiero o no quiero, una falta incluso de autoestima. Le explicamos lo que podíamos hacerle. Tras la reconstrucción volvió y me dijo: «Sabe doctor, esto me lo tenía que haber hecho mucho antes. Y no por mí, porque es cierto que estoy mucho mejor, sino porque después de 5 años es la primera vez que puedo abrazar a mi nieto sin miedo y con toda naturalidad». Esa mujer cogía a su nieto de 4-5 años con el miedo de que el niño le pusiese la mano en el escote y notase que su abuela llevaba una prótesis de plástico.»

«¿En qué casos es posible la reconstrucción?»

«Siempre. Hoy en día hay técnicas para hacerlo en el 100% de las mujeres.»

«¿Cuáles son las más habituales?»

«La tendencia es cada vez más a hacer la reconstrucción con tejido propio. Es decir, si esa mujer tiene un exceso de piel y de grasa en el cuerpo, típica barriguita que todo el mundo puede tener, se puede aprovechar, hablando en un lenguaje coloquial, ese michelín para poder trasplantarlo y hacer la mama. Esa



Jaume Masià, ayer en el congreso que se celebra en Donostia. :: usoz

es la tendencia porque son técnicas que ofrecen un resultado definitivo y natural en cuanto al tacto. Además, permite que la mama evolucione y que, por ejemplo, pueda adelgazar o engordar cuando lo haga

la mujer, o que cuando se cae el pecho los dos se caigan de forma simétrica. Luego están las técnicas con implantes, que no son menos importantes. Hoy en día tenemos la suerte de disponer de mejores

«La alimentación influye en el aumento de casos»

«¿Qué edades tienen sus pacientes?»

«He operado a mujeres desde 22 años, que aunque parezca increíble también hay casos a esas edades, hasta los 76. Como cirujano siempre das el 100% con cada paciente, pero te condicionan mucho esos casos en mujeres tan jóvenes

que prácticamente acaban de empezar su recorrido vital.»

«Aumentan los casos entre jóvenes. ¿Por qué?»

«Cuando los médicos decimos que la causa es multifactorial es que realmente no sabemos lo que es. Es verdad que el cáncer viene determinado por una parte genética, pero yo creo que es importante el estilo de vida. Hace 30 años en los países mediterráneos había menos casos, al igual que hoy en día en países asiáticos como Japón y Corea. En cambio, en Europa y los Es-

implantes y con más formas. También está el injerto de grasa, para la reconstrucción parcial de la mama o para mejorar el resultado final, tanto como si es de tejido o protésico. En definitiva, hay infinidad de técnicas que nos permiten prácticamente restituir la mama al 100%.

«Y ahora también evitar esa secuela tan temida como el linfedema...»

«Sí, es una secuela funcional que a pesar de los avances como el ganglio centinela, y nos cuesta reconocerlo, sufre entre un 15 y 30% de las pacientes. Cuando amputamos el cáncer, cuando sacamos la mama, lo que hacemos es quitar los ganglios y destruimos el sistema linfático del brazo, con lo cual la linfa no puede salir, queda retenida y aumenta el volumen de ese brazo. Esto provoca que ese brazo pierda la funcionalidad y esté sometido a un riesgo muy alto de infecciones continuas.»

«Visita Donostia para presentar la técnica del TBAR. ¿En qué consiste?»

«Son las siglas en inglés de Total Breast Anatomy Restoration, que es la restauración total de la anatomía de la mama. Porque ahora no solo podemos reconstruir la mama, sino también el sistema linfático, con lo que se evita el riesgo de secuelas. Esta técnica la diseñamos en Barcelona hace un par de años y se está haciendo en Houston, París, Seattle... en los mejores centros de tratamiento de cáncer de mama. En lenguaje coloquial se puede decir que sacamos el michelín que hay debajo del ombligo, y también los ganglios que hay en la parte debajo del abdomen. Con el michelín se reconstruye la mama, los ganglios se colocan en la axila y unimos los canales linfáticos del brazo a esos ganglios. Y así restauramos el sistema. La intervención es larga, dura unas 8 horas, porque es microcirugía, pero la recuperación es muy buena y para el cuarto día las pacientes se pueden ir a casa.»

«¿Cuántas mujeres ha operado?»

«Hasta ahora unas 40. Los resultados son 0% linfedema y el 100% de restitución de la mama. Para conseguir un buen resultado se debe realizar en el mismo momento en que hacemos la cirugía del pecho y la ganglionar, porque si se espera los tejidos linfáticos se deterioran y la capacidad de respuesta es más pobre. Pero en principio, si se hace en reconstrucción inmediata, no hay ningún tipo de incompatibilidad.»

tados Unidos las tasas se siguen incrementando. ¿Qué diferencia hay entre lo que era España o Grecia hace unos años o lo que hoy es aún Asia respecto a Occidente? Sobre todo hábitos alimentarios. Hemos eliminado la dieta típica mediterránea. Antes se comía muy poca carne, y sí muchos vegetales, legumbres, casi nada de los derivados de la leche que tanto tomamos... Es la dieta que siguen teniendo los orientales. Esta es mi teoría personal y sin rigor científico.