***Reconstruyendo la confianza: opciones de cirugía para el cáncer de mama***

**Orador 1** 00:02

Bill, estás escuchando el podcast de asistencia oncológica , presentado por el Dr. Bill Evans y presentado por el Programa de Asistencia Oncológica. Dondequiera que te encuentres, estamos aquí para brindarte ayuda y esperanza mientras te orientas en la prevención, el tratamiento y la atención del cáncer, ayuda cuando realmente la necesitas.

**Dr. Bill Evans** 00:20

Bienvenidos al podcast de asistencia oncológica. Soy su anfitrión, el Dr. Bill Evans, profesor emérito de la Universidad McMaster, aquí en Hamilton, Ontario, Canadá. Mencioné nuestra ubicación porque estamos recibiendo muchos oyentes o espectadores en YouTube de todo el mundo. Hemos visto un aumento en el número de oyentes de Alemania, Estados Unidos y Hong Kong. Y, por supuesto, con los podcasts, se puede llegar a personas de todo el mundo, así que, desde donde sea que nos escuchen, bienvenidos al programa. El podcast de hoy se centra en la reconstrucción mamaria y otras cirugías reconstructivas que se pueden realizar en pacientes con cáncer. Me acompaña un experto, el Dr. Christopher Coronius, profesor asociado de la Universidad McMaster. Antes de hablar un poco más sobre Chris, quiero comentar un poco sobre el podcast de asistencia oncológica, presentado por el Programa de Asistencia oncológica de Hamilton. CAP es una organización benéfica que ofrece diversos apoyos gratuitos a pacientes con cáncer que reciben atención en el Centro Oncológico Jurbinsky. Estos servicios incluyen apoyo nutricional, suministros para la incontinencia , pelucas y otros artículos para la cabeza, sostenes para mastectomía y, lo más importante, transporte gratuito de ida y vuelta al centro oncológico para tratamientos o citas. Una de las características más especiales del programa CAP, que ninguna otra organización benéfica ofrece, es el préstamo de equipos, como sillas de ruedas, andadores, andadores con ruedas, sillas inodoro y otros equipos que ayudan a los pacientes a permanecer en sus hogares y a mantenerse seguros. Esto es realmente especial, y todo esto es posible gracias a las generosas donaciones del público y de eventos especiales. Si se siente solidario después de escuchar este podcast, podría considerar hacer una donación al Programa de Asistencia para el Cáncer. Quiero agradecer a la familia Hutton. El Hutton Family Trust ha apoyado el podcast de asistencia para el cáncer desde el principio, y estamos muy agradecidos por ello. Ahora, permítanme presentarles a nuestro invitado de hoy, Christopher Coronius. Como ya les comenté, es profesor asociado en McMaster, trabaja en el Centro Oncológico Jurvinsky y realiza diversos procedimientos de reconstrucción oncológica en dicho hospital. También realiza cirugía traumatológica en el Hospital General Hamilton.

**Orador 2** 02:41

Correcto, sí, parte de nuestros roles como cirujanos plásticos reconstructivos, aparte de mi, ya sabes, mi rol principal en el centro oncológico es cubrir cirugías reconstructivas mayores en los hospitales de traumatología, así como la cobertura pediátrica en

**Dr. Bill Evans** 02:56

También en McMaster. Hizo su residencia aquí en McMaster y luego realizó su beca de microcirugía en ese increíble centro oncológico de Houston, Texas, el MD Anderson Cancer Center. Además, creo que es casi única como cirujana, ya que obtuvo una maestría en metodología de investigación en salud en McMaster, por lo que obviamente está muy comprometida con la investigación, así como con la cirugía en sí. Bienvenidos al programa. Gracias. Gracias por invitarme. ¡Genial! En primer lugar , queremos hablar sobre la reconstrucción mamaria, y me sorprende que se escuche mucho más sobre ella, y supongo que el número de mujeres que buscan una reconstrucción mamaria está aumentando. Las razones, supongo, son obvias: las mujeres quieren verse lo más femeninas posible y, tras recibir un diagnóstico de cáncer de mama, no quedarse con un seno amputado y desequilibrada, por así decirlo. ¿ Qué ves ahora? ¿Cuál es la motivación de las mujeres para venir y cómo te recomendaron? Sí.

**Orador 2** 04:15

Excelente pregunta. Muchas de mis referencias provienen de oncólogos cirujanos, cirujanos de mama y cirujanos generales que realizan mastectomías. Muchas de nuestras pacientes se encuentran en la etapa de diagnóstico de cáncer, por lo que no han recibido tratamiento inicial y están decidiendo el momento de su reconstrucción. Ese es un grupo de pacientes. El otro grupo de pacientes que atendemos son aquellas que se someterán a una reconstrucción diferida, es decir, se han sometido a una lumpectomía, una cirugía conservadora de mama o una mastectomía, y han recibido terapias adyuvantes. Quizás no eran candidatas para la reconstrucción inicial debido a la gravedad de la enfermedad, o no la buscaron en ese momento. Ahora se las conoce como reconstrucción diferida, por lo que se separará del momento de su cáncer. En un hospital oncológico, obviamente, atendemos muchas reconstrucciones inmediatas, pero también realizamos reconstrucción diferida a pacientes, tanto de nuestro propio centro como de otros.

**Dr. Bill Evans** 05:27

Entonces, la tendencia en la cirugía para el cáncer de mama, me parece, ha sido hacia cirugías menores, tanto por la comprensión de la biología y el uso de terapias adyuvantes que son efectivas, pero también porque tenemos un programa de detección efectivo y encontramos cosas en una etapa temprana, por lo que esos individuos presumiblemente no necesitan reconstrucción, o rara vez la necesitan, entonces estás...

**Orador 2** 05:51

Tiene toda la razón sobre la mayor proporción de cáncer de mama que se puede tratar con conservación mamaria, como lumpectomía, radioterapia, neoadyuvancia, quimioterapia, inmunoterapia y tumores más pequeños. Sin embargo, esta población suele ser una excelente candidata para lo que llamamos cirugía oncoplástica. Si el tumor y la resección son pequeños, y la mama es grande, para prevenir algunas de las deformidades del contorno que se producirían con la lumpectomía y la radioterapia, o para lograr un mejor equilibrio y una mayor satisfacción de la paciente con la estética, el contorno y la apariencia, podemos realizar procedimientos muy similares a una reducción o un levantamiento de mamas simultáneamente, ya que la lumpectomía se realiza en el mismo procedimiento, y esta se incorpora a un patrón de tejido que también se extirpa durante la reducción. La mama puede reducirse. Ambos lados pueden reducirse. Esta es una oportunidad nueva y única, antes de la radioterapia, para modificar la superficie, la envoltura cutánea y el volumen de la mama.

**Dr. Bill Evans** 07:17

Esto suena muy complicado, me parece que la toma de decisiones involucra a varios actores, especialmente cuando mencionaste la quimioterapia neoadyuvante. Para los oyentes, esto implica administrar la quimioterapia antes de cualquier cirugía o radioterapia. Esto es justo al principio para reducir el tamaño del cáncer con los medicamentos. Luego está el rol de los oncólogos radioterapeutas, generalmente después de la cirugía, pero también hay que considerar el momento de la cirugía para lograr un equilibrio y contornos lo más normales posible.

**Orador 2** 07:57

derecho a ambos senos. Tienes toda la razón . Y hay investigaciones sobre este tema que indican que la carga de la toma de decisiones por adelantado para las pacientes a las que se les diagnostica cáncer de mama puede ser significativa. Las pacientes se ven obligadas a tomar varias decisiones simultáneamente, como al mismo tiempo, ¿me van a hacer una tumorectomía o una mastectomía? ¿Me van a hacer quimioterapia? ¿Me van a hacer radioterapia? ¿Me van a hacer una cirugía en un seno o en ambos? ¿Tengo una predisposición genética a este problema? ¿Necesito pruebas genéticas? ¿Cuánto tiempo lleva eso? ¿Tengo hijos? ¿Quiero tener hijos? ¿Soy lo suficientemente joven como para que mi fertilidad parezca preservarse? ¿Estoy trabajando? ¿Cómo pago mis facturas? ¿Cuánto tiempo puedo permitirme faltar al trabajo? ¿Cuáles son mis beneficios? Ni siquiera sé qué beneficios tengo. No sé cuánto tiempo tardan en surtir efecto ni cómo funciona eso.

**Dr. Bill Evans** 08:51

Un sinfín de preguntas y desafíos. Y

**Orador 2** 08:54

El Centro Oncológico es un lugar increíble gracias a la diversidad de especialistas que tenemos. Cada especialista que ves te da una especie de responsabilidad, y ahora estás tratando de comprender cada aspecto. Hay programas, asistentes y personas que ayudan a las personas a tomar decisiones al respecto. Existe una iniciativa en Jervins Gospels llamada el Programa Rosa. Está dirigido específicamente a mujeres jóvenes con cáncer de mama, ya que muchas de estas decisiones y apoyos deben estar fuera de, por ejemplo, los oncólogos del hospital. Existen necesidades únicas que tienen las mujeres jóvenes, y más de estas...

**Dr. Bill Evans** 09:40

Hay que hacer malabarismos, dadas las múltiples disciplinas involucradas en la toma de decisiones médicas, ¿se hace en grupo, como sé que tenemos conferencias multidisciplinarias de casos? ¿Es ahí donde se desarrollará gran parte de esta discusión en el departamento de mama?

**Orador 2** 09:54

¿Grupo? Sí, tienes toda la razón . Las conferencias multidisciplinarias son... donde se discuten los casos y se sugiere la mejor atención para los casos límite. Pero para algunos casos más rutinarios, estas conversaciones se realizan individualmente, con el paciente o entre otros profesionales, para definir los aspectos de la atención que deben integrarse.

**Dr. Bill Evans** 10:24

¿Son las solicitudes de reconstrucción más frecuentes entre las mujeres más jóvenes? Y la razón por la que pregunto eso, en parte, es porque me sorprendió cuando trabajaba en Ottawa que una mujer dijera que solo quería que le quitaran el pecho, y que fuera algo así como "ya basta". Era una mujer mayor, y lo entendí, pero me impactó un poco oír eso. Imagínense que las mujeres más jóvenes quieren verse lo más normales posible, porque son jóvenes, están casadas y tienen relaciones. Sí,

**Orador 2** 10:59

Es interesante, porque hay datos que indican que a las mujeres más jóvenes les gusta cualquier cosa. Podría ser una distribución normal, y las mujeres de la mediana edad son las que buscan y se someten a más reconstrucciones mamarias. Mientras que para las mujeres más jóvenes, tener una mama plana y someterse a dos mastectomías es una opción más popular actualmente que antes. Y este tema, ya sabes, tendencias en redes sociales, de tener una mama plana y un cierre estético, significa que la estética y el contorno siguen siendo importantes para las mujeres que eligen esta opción. Sin embargo, al observar a las mujeres de ambos sexos, estas son más propensas a no optar por la reconstrucción que, por ejemplo, las mujeres de la mediana edad. En Canadá, la mayoría de las mujeres que se someten a mastectomías no buscan ningún tipo de reconstrucción, por varias razones. Hay problemas de acceso, preocupación por las complicaciones, la vigilancia y otros aspectos similares. Desde el punto de vista del paciente, cuando se observan áreas de América del Norte, por ejemplo, en los Estados Unidos, donde la reconstrucción probablemente se practica tanto como sea posible, el número probablemente aún sea de alrededor del 50% en muchos estudios que buscarán la reconstrucción; en Canadá, será más bajo, ya sabe, en las ciudades, puede acercarse al 30%, pero por lo demás, en diferentes entornos, es probable que sea del 10 al 20%.

**Dr. Bill Evans** 12:37

Algunas de las cosas que mencionas se deben al acceso. Imagino que no hay mucha gente como tú con la formación necesaria para realizar este tipo de trabajo en Canadá actualmente. ¿Sería correcto?

**Orador 2** 12:46

Todo es relativo. Creo que se trata de personas con la formación adecuada, y luego se trata de trabajar en hospitales donde se puede coordinar fácilmente a un oncólogo quirúrgico y a un cirujano reconstructivo. Tiene razón. Hay menos centros que integran todas las piezas, pero hay muchos centros que no son Centros Oncológicos Regionales que también lo hacen muy bien. Por ejemplo, a nivel local, Oakville hace un gran trabajo al realizar un mayor volumen de reconstrucción mamaria a pesar de no ser un centro oncológico regional que fuera impulsado principalmente por el Dr. Roger Short cuando comenzó, en términos de, por ejemplo, reconstrucción de tejido más compleja. Y ahora una de mis co-residentes, la Dra. Lauren Willoughby, trabaja allí. Es muy activa en redes sociales y responde a muchas preguntas de los pacientes, pero realizan un gran volumen de procedimientos reconstructivos. Y eso es solo en esta región. Ahora, usted...

**Dr. Bill Evans** 13:47

Mencionó que algunos pacientes estarían preocupados por las complicaciones. ¿Existen ciertas características de las personas que las hacen más propensas a sufrir complicaciones, como la edad o el peso?

**Orador 2** 14:01

O sí, esa también es una gran pregunta. Este tema siempre se aborda en nuestras guías y en nuestras discusiones. Los factores que aumentan el riesgo de complicaciones con cualquier tipo de cirugía suelen ser los mismos que otras comorbilidades, como enfermedades cardíacas o pulmonares o trastornos hemorrágicos. En algunas de las cirugías de colgajo que realizamos, factores como el tabaquismo pueden complicar o hacer que las personas no sean buenas candidatas para algunas operaciones. El peso de los pacientes, dependiendo del tipo de cirugía que busquemos, puede aumentar el riesgo de ciertas complicaciones. Además, obviamente, algunos aspectos de la terapia oncológica pueden aumentar el riesgo de complicaciones tras cirugías previas, como múltiples intentos, una enfermedad recurrente o radioterapia. Estos son factores que aumentan el perfil de complicaciones.

**Dr. Bill Evans** 15:04

Estaba pensando especialmente en lo que mencionaste cuando mencionaste tratamientos anteriores: la radioterapia, que tiende a cicatrizar el tejido , debe dificultar mucho la realización de la cirugía reconstructiva adecuada. Ahora bien, no sé mucho sobre los tipos de cirugía reconstructiva. En mi mente simple... Son implantes. Y luego está el uso del propio tejido de la persona, una especie de movimiento autólogo de tejido, sí. Así que 100%

**Orador 2** 15:33

¿Verdad? Así de simple, así es como se lo explico a la gente: hay dos maneras principales de reconstruir la mama. La primera, como dijiste, consiste en usar un implante en el extremo para reconstruir la mama, y la otra , en usar el propio tejido de la paciente para ambas. Hay maneras de usar ambas. En algunos casos , se puede usar el propio tejido de la paciente para resurfacing donde se administró la radiación, y luego se coloca un implante debajo para aumentar el volumen de la mama. Pero en una reconstrucción autóloga verdadera, también se usa el propio tejido de la paciente para aumentar el volumen de la mama.

**Dr. Bill Evans** 16:13

¿Y de dónde viene eso? Ese volumen de tejido, el

**Orador 2** 16:16

El método de referencia, el más común en Norteamérica, es el abdomen inferior. Si imaginas toda la piel entre el ombligo y el pliegue sobre la pelvis, donde se encuentra la cicatriz de una cesárea, o la incisión tipo abanico y acero, o el pliegue que todos tenemos, todo ese tejido puede usarse para reconstruir una mama si se trata de ambas mamas; básicamente, se divide. Hay maneras de usar todo ese tejido para una sola mama, si es necesario. Es más complicado, pero esa es la región. Otras zonas más comunes son la parte media del muslo y entre las piernas . Pero cuanto más se aleja de un tejido con apariencia similar, más cambian las cosas. Otra zona es la espalda baja. Obviamente, la piel del abdomen es diferente a la de la espalda baja y los flancos, pero todas estas son opciones.

**Dr. Bill Evans** 17:21

Ahora. ¿Tiene que estar conectado a su propio suministro de sangre? ¿Cómo se mantiene viable?

**Orador 2** 17:27

Sí, buena pregunta. Mucha gente me pregunta si esto es algo parecido a un injerto de grasa que se usa para estética, donde se realiza una liposucción y luego se inyecta la grasa. No es la misma forma de reconstruir una mama completa. Cuando se reconstruye un tejido, no es tan simple como un injerto de piel, donde se raspa un trozo de tejido, se coloca en un nuevo lugar y se planta como si fuera hierba, y se espera que se alimente de los nutrientes de la herida. Cuando se reconstruye un tejido grande, se requiere un flujo sanguíneo, así que tienes toda la razón. En la parte baja del abdomen, se hace una incisión a través de la fascia, a través del tejido conectivo, como a través del corsé que todos tenemos y que mantiene unida la pared abdominal y separa el exterior del interior. Se hace una incisión a través de la cual la sangre fluye a través de los músculos abdominales. La forma moderna de hacerlo es, en la medida de lo posible, no tomar fragmentos de músculo, sino el tejido suprayacente. Luego, se introduce ese vaso sanguíneo en la pelvis para obtener la longitud y el calibre adecuados para su traslado. Una vez que se extrae ese trozo de tejido del abdomen o de donde provenga, la arteria y la vena, el flujo de entrada y salida de sangre, se suturan a una arteria y una vena bajo microscopio. Conectamos estas arterias y venas en el área donde queremos colocar el tejido bajo microscopio. Esperamos que sobreviva, y así sucede en la gran mayoría de los casos. Por lo tanto, las tasas de fracaso en Norteamérica son del 1,5 %.

**Dr. Bill Evans** 19:17

¿De verdad tan bajo? Sí, me parece increíble que puedas hacerme lo mismo.

**Orador 2** 19:21

Cada vez que hago esto, como cada vez que se cose una arteria o vena de unos dos o tres milímetros , y se cose a otra, y luego se quitan las pinzas, y funciona. Es como... sí, acabas de capturar un rayo otra vez. Es increíble, sí, yo...

**Dr. Bill Evans** 19:39

Me parece realmente asombroso. Sí. Ahora, cuando se hace un implante, se toma un cuerpo extraño y se inserta en una cavidad que se crea. Y a veces, si esto se retrasa, hay que crear la cavidad, según tengo entendido. ¿Puedes explicarlo? ¿Correcto?

**Orador 2** 19:58

Sí, tienes toda la razón . Lo estás entendiendo. Los conceptos clave de esto cuando, cuando la cirugía se realiza de manera inmediata, como después de una mastectomía en la misma operación, entonces los bordes y el tejido de la mama todavía están presentes cuando se hace de manera diferida, de modo que después de la mastectomía y el período de curación, la pared torácica es más plana, y se debe crear el área o el bolsillo donde debe existir este implante. Para eso, usamos un expansor de tejido. Entonces , este es un dispositivo temporal. Es muy parecido a un implante mamario. Tiene un puerto, por lo que el puerto es magnético. Se puede colocar un expansor de tejido donde se realizó una mastectomía a través de la misma incisión. Las cosas se cierran cada dos semanas. Ves a alguien como yo en el centro de cáncer y en una clínica, y ese puerto se encuentra usando un imán. Se inserta una aguja como cualquier otra, como cualquier puerto, y este dispositivo se llena una vez que el paciente está satisfecho con el tamaño y el volumen del implante. Se requiere una segunda operación para retirar el expansor y colocar un implante. Este proceso dura entre seis y siete meses. ¿Cuánto tiempo es eso?

**Dr. Bill Evans** 21:19

Tenía una idea de cómo funcionaba, pero esa explicación es realmente útil . Ahora lo entiendo, y espero que quienes me escuchan también lo entiendan. Creo que esta es una conversación muy interesante . Haremos una breve pausa y luego volveremos para conversar con el Dr. Kronius.

**Orador 1** 21:35

Queremos agradecer a nuestros generosos donantes, el Fondo Familiar Hatton y el estudio creativo Banco, quienes hacen posible el podcast de asistencia contra el cáncer. El Programa de Asistencia contra el Cáncer está más activo que nunca, brindando apoyo esencial a los pacientes y sus familias. Mantenemos nuestro compromiso de brindar servicios gratuitos a los pacientes de nuestra comunidad, incluyendo transporte y equipo, préstamos, artículos de cuidado personal y de confort, estacionamiento y educación práctica. Estos servicios son posibles gracias a la generosidad de nuestros donantes, a través de donaciones únicas , donaciones mensuales, recaudación de fondos de terceros, patrocinios corporativos y oportunidades de voluntariado. Visite cancerassist.ca para ver cómo puede marcar la diferencia en la vida de los pacientes con cáncer y sus familias.

**Dr. Bill Evans** 22:18

Estamos de regreso con el Dr. Chris Coronius y estamos hablando sobre reconstrucción mamaria en este momento, y tenemos algunas preguntas adicionales que han llegado, particularmente sobre cómo preservar el pezón o la sensibilidad del pezón, etc., y tal vez algunas preguntas sobre cómo hacer la incisión para preservar la mayor sensibilidad posible en el seno.

**Orador 2** 22:41

Sí , estos son temas nuevos y emocionantes. La capacidad de preservar la mayor cantidad de tejido posible durante una mastectomía se atribuye totalmente a la mejora en las técnicas de nuestros colegas oncólogos quirúrgicos, los cirujanos generales, los cirujanos de mama, los oncólogos quirúrgicos, su capacidad para dejar piel viable, una envoltura cutánea viable, mientras realizan una mastectomía de forma segura. Y lo que diré es que con el paso del tiempo, creo que han mejorado mucho en su parte del procedimiento que nosotros en la reconstrucción, pero realmente proporcionar y dejar una piel bien profusa, como un buen suministro de sangre, que sobrevivirá a una operación, nos ha permitido hacer varias cosas. Entonces, en un subconjunto de pacientes, donde es seguro, desde la perspectiva del cáncer, se puede realizar una mastectomía preservando el pezón y la areola. Y eso se hace más comúnmente y deja cicatriz . Y la cicatrización se realiza más comúnmente en el pliegue mamario, que se llama pliegue inframamario. Es el pliegue debajo del seno, donde se puede hacer una incisión que se extiende un poco hacia la pared lateral y se puede extirpar todo el tejido mamario. Esta cicatriz tiende a ofrecer la mejor estética, y nuestra capacidad para preservar el pezón depende en gran medida de la selección de la paciente. ¿Soy la paciente adecuada para una operación de conservación del pezón? En general, la paciente sería alguien que no se ha sometido a cirugía previa, radiación, ninguna intervención ni procedimiento; de lo contrario, eso disminuiría el riego sanguíneo al pezón y la areola. Y desde una perspectiva estética, no sería alguien que se beneficiaría, por ejemplo, de un levantamiento o una reducción de senos. Realmente debe estar satisfecha con la envoltura de piel que rodea su seno, así como con su volumen, porque una vez que se extirpa la glándula mamaria interna, es muy difícil cambiar la forma externa. Por el contrario, cuando realizamos reducciones de senos, es fácil cambiar la forma externa, porque se basa gran parte de ella en la glándula mamaria interna. Y esto es, todo esto para decir que hay mucha selección que interviene, pero estos procedimientos son buenos y pueden reducir la cantidad de procedimientos que las mujeres se someten. En general, al igual que con la terapia conservadora de mama, como las lumpectomías, cuanto más se conserve la anatomía y el cuerpo de la paciente, y cuantas más partes de ella aún se vean después de la cirugía, generalmente, más felices estarán a largo plazo, tiene sentido, y esto se aplica a muchos tipos de cirugía. El hecho de que podamos realizar procedimientos de conservación del pezón en pacientes seleccionadas, tanto por su cáncer como por su anatomía , es importante para las pacientes que no pueden someterse a mastectomías con conservación del pezón. Los patrones de cicatriz también son algo importante y algo sobre lo que preguntar. En general, una mastectomía es una incisión de tipo horizontal aproximadamente al nivel del pezón y la areola. Si se extirpan el pezón y la areola , se requiere una incisión allí para una mastectomía que se cerrará. En las reconstrucciones inmediatas, esto suele ser horizontal. Podemos convertirlo en algo similar a una reducción o levantamiento de senos, donde hay un área redonda en el centro. Si se utiliza un trozo de tejido, esa es la ventana donde se puede ver este trozo de tejido. El resto de la cirugía se puede adaptar, similar a una reducción, donde se forma una T invertida o un patrón tipo ancla debajo. Aun así, en la mayoría de las mastectomías y reconstrucciones con implantes, lo que se ve es una cicatriz horizontal o vertical que incorpora el área del pezón y la areola donde solía estar.

**Dr. Bill Evans** 26:58

Existe un tipo preferido de incisión para preservar la sensibilidad en el pecho.

**Orador 2** 27:04

Para las operaciones de conservación del pezón, la más sugerida suele ser el pliegue inframamario, que presenta la menor cantidad de complicaciones. Sin embargo, la sensibilidad del pezón y la areola, y su reconstrucción, también es una nueva forma de proceder: se diseca un injerto nervioso (una parte de la propia anatomía) y se traslada hasta la mama. Luego, se repara una rama nerviosa que recorre el pezón y la areola a una rama en la pared torácica, ya sea con un injerto de nervio propio o mediante un conducto nervioso. Estos resultados son nuevos y emocionantes, y no son perfectos, pero sí mejoran la sensibilidad de las pacientes a largo plazo.

**Dr. Bill Evans** 27:55

Me parece bastante sorprendente, porque en un momento consideré ser cirujana y pensé que seguiría igual, prácticamente como hace 40 años, pero claramente ha evolucionado enormemente. Pasemos a un tema poco común, pero que quizás preocupa a las mujeres que han oído hablar de los implantes: el desarrollo de tumores malignos como resultado de un implante, un tipo particular de tumor maligno llamado linfoma. Creo que es bastante raro . Conocerás las estadísticas, yo no, pero cuéntanos un poco sobre esa preocupación.

**Orador 2** 28:29

Sí, el linfoma anaplásico de células grandes asociado a implantes mamarios es un tema emergente, y algo que las pacientes conocen muy bien está asociado con los implantes mamarios texturizados y más con los implantes mamarios macrotexturizados. Esto significa implantes mamarios más texturizados. Exactamente. Así que cuando ves estos implantes, parecen casi como papel de lija o con un acabado tipo arena . La hipótesis es que la inflamación creada por estos implantes texturizados causa una degeneración en el sistema para formar un linfoma de células T. Y eso es lo que es el linfoma anaplásico de células grandes. Es un linfoma de células T. Por lo tanto , no es un cáncer de mama sólido. Es un problema basado en fluidos que las pacientes suelen tener, ya sabes, a los 710 años después de su Su reconstrucción presentará una gran acumulación de líquido en esa zona o una nueva masa. Este problema se relaciona casi exclusivamente con implantes mamarios texturizados, y los registros de implantes existentes en otros países no han demostrado que un implante liso haya causado esto de forma aislada.

**Dr. Bill Evans** 30:00

Es un tipo particular de implante o presumiblemente ya no se usa, sí.

**Orador 2** 30:04

entonces Todavía existen en el mercado de algunos proveedores, pero los de Allergan han sido retirados del mercado. Así que la situación sigue siendo heterogénea. El riesgo de cáncer de mama en la población es de uno en ocho o uno en nueve, según cómo se mida. El riesgo de linfoma en pacientes con implantes macrotexturizados es probable, pero de uno en 300, o quizás de uno en 350, según los artículos que se lean. Algunos lo estiman cerca de uno en 100, pero como orden de magnitud, es de uno en cientos. No es uno en miles. No es uno en decenas de miles, ni uno en cientos de miles. Como la estimación original, cuando era residente, era que, como en todo, cuanto más se busca y más se sabe sobre algo, más se encuentra.

**Dr. Bill Evans** 31:02

Pero encontrarlo debe ser un poco difícil, porque encontrar algo alrededor del implante, como mencionaste, una masa que se forma, o más líquido que se forma, aún debe ser un poco complicado para el diagnóstico. Y luego, cuando lo haces...

**Orador 2** 31:17

Para determinar si existe linfoma, presumiblemente mediante una biopsia, supongo, se extrajeron los implantes y, con el enfoque correcto, se diagnostica a estos pacientes con una aspiración del líquido. Luego se solicitan marcadores celulares. Se realiza una citometría y una citología, y se solicitan marcadores específicos. Si el resultado es positivo, el tratamiento consiste en la extirpación no solo del implante, sino de toda la cápsula circundante, es decir, de todo el tejido circundante a los implantes. De esta manera, se extrae el implante con una técnica en bloque para eliminar todas las partes anatómicas que estuvieron en contacto con él. La supervivencia a largo plazo es muy alta, superior al 95 %. Así que , si se identifica y se trata adecuadamente, es tratable. Dicho esto, no es tratable para todos. Salud Canadá recopilará datos sobre este diagnóstico, e internet reflejará que hay tres muertes confirmadas por este problema en Canadá. Existe cierto desacuerdo sobre lo publicado en línea, ya que otros cirujanos plásticos con los que hablo dicen que las reuniones canadienses lo saben. Por ejemplo, otro paciente, pero esto refleja la necesidad de un registro, algo que ya he mencionado.

**Dr. Bill Evans** 32:46

¿De acuerdo? También me encontré leyendo sobre la enfermedad de los implantes mamarios , pero no la entendí bien. Quizás podría explicarlo también. ¿Es algo raro también?

**Orador 2** 32:56

¿Correcto? En cuanto a la enfermedad por implantes mamarios, cada vez más mujeres reportan síntomas inflamatorios relacionados con los implantes. Este conjunto de síntomas se denomina enfermedad por implantes mamarios e incluye dolor muscular y articular, confusión mental o dificultad cognitiva, fatiga, ansiedad y síntomas inflamatorios como erupciones cutáneas, sequedad bucal y ocular, además de otros síntomas que reflejan disfunción autonómica, palpitaciones, sudoración y dificultad para dormir, que también pueden coincidir con los síntomas de la menopausia, lo que complica el asunto. La hipótesis, de nuevo, es que los implantes mamarios de larga duración presentan cierto grado de deterioro de su pared y partículas, y es lógico que el mismo proceso, que implica una degeneración del sistema inmunitario que da lugar a un linfoma de células T, pueda causar otros problemas. Sabemos que el diagnóstico de LCL es cierto y estamos tratando de descubrir qué significa este otro diagnóstico para las pacientes. Escribí un artículo sobre este tema cuando era becario en MD Anderson, donde analizamos la base de datos de la FDA sobre implantes mamarios, que incluía a casi 100,000 mujeres, y demostró un aumento de problemas autoinmunes e inflamatorios en mujeres con implantes mamarios. El tratamiento consiste en extirpar el implante. Además, existe desacuerdo entre las sociedades profesionales y los investigadores sobre cómo manejar la cápsula y el tejido circundante. En muchos casos, esto también se elimina mediante una capsulectomía completa, similar al tratamiento del ALCL. Es diferente porque no se trata de un cáncer . En este caso, se trata de una enfermedad, sino de todos los tejidos.

**Dr. Bill Evans** 35:01

Extirpadas, son casos muy interesantes y, afortunadamente, relativamente raros, supongo, de reconstrucción mamaria. Hablemos un poco sobre otras cirugías reconstructivas, y quizás la que más interese a los oyentes, el nombre Terry Fox, ha dado la vuelta al mundo por lo que intentó hacer en Canadá y su gran éxito. Pero su cirugía no fue reconstructiva. Quizás, si le hubieran diagnosticado hoy, habría recibido un tratamiento diferente y podría haber conservado su extremidad, ¿verdad? ¿Cómo es posible?

**Orador 2** 35:39

Excelente pregunta. Al igual que con otras formas de cirugía reconstructiva, los avances en otras especialidades nos han permitido realizar mayores grados de reconstrucción. El tratamiento moderno de un sarcoma de tejidos blandos u óseo consiste en radioterapia y, si la cirugía y la radioterapia responden, a menudo pueden reducir estas masas hasta convertirlas en algo resecable y la extremidad, salvable. Las técnicas reconstructivas también han mejorado, y ahora podemos usar la transferencia de tejido. Se disecciona un fragmento del cuerpo del paciente sin causar un problema secundario en una arteria o vena. Se traslada este fragmento de tejido, ya sea piel, grasa, músculo o incluso hueso, para reconstruir el defecto existente, de donde se extirpó el sarcoma. En muchos casos, como en su ejemplo, Terry Fox, si se realiza una resección ósea y el peroné del paciente se puede extirpar mediante la vena arteriovenosa. Ese es el hueso en la parte exterior de la parte inferior de la pierna . Y esto se puede quitar, obviamente. Dejamos las conexiones a nivel del tobillo y la rodilla para la estabilidad articular, pero luego la parte media se puede quitar y usar para reconstruir extremidades. ¡Increíble! ¡Increíble cada vez que lo hacemos! ¡Increíble que realmente sientas que hiciste algo que en tu mente no debería ser posible! Se siente increíble cada vez.

**Dr. Bill Evans** 37:17

Es un trabajo maravilloso, y es maravilloso que las personas se beneficien de él. Es enorme. Y la microcirugía, que forma parte de su formación, ¿podría explicarnos un poco qué es? Obviamente, se relaciona con lo que acabamos de mencionar, pero para que los oyentes puedan comprender la terminología y cómo se aplica,

**Orador 2** 37:38

Sí, la microcirugía es un campo muy amplio, pero todo se relaciona con la cirugía bajo un microscopio. La microcirugía generalmente significa coser o conectar arterias y venas para proporcionar flujo sanguíneo. Existe la cirugía linfática, donde los vasos linfáticos se pueden derivar para problemas de, por ejemplo, linfedema, donde los vasos linfáticos se pueden reconstruir o derivar al sistema venoso para tratar el linfedema. También existe la cirugía de manos y nervios. La microcirugía se aplica si te cortas un dedo, obviamente, espero que no, pero si te cortan un dedo, podemos intentar reconectarlo. Si te cortan una mano entera, podemos intentar reconectarla. Se pueden reconstruir nervios. Se pueden realizar injertos de nervios. Se pueden realizar transferencias de nervios.

**Dr. Bill Evans** 38:30

Así que todo

**Orador 2** 38:32

Eso entraría en la rúbrica de mi Sí, cualquier tipo de cirugía donde se realiza bajo aumento, ya sea con asas que usas en tus gafas o un microscopio quirúrgico. Estas son, estas son todas facetas de la microcirugía. Y una competencia en microcirugía es, es parte de ser un cirujano plástico y reconstructivo. Ahora que eso, yo diría que la experiencia de una residencia en cirugía plástica. Los residentes salen competentes en la realización de algunas de estas, estas proporciones, estas operaciones, mientras que, ya sabes, hace décadas, no sería el caso. Así que tenías que ser un microcirujano sub, especializado para hacer esto. Los de mayor volumen como yo tenemos formación, tenemos formación de beca, de hospitales, ya sabes, ya sea en Canadá, Estados Unidos o en cualquier otro lugar del mundo. Y mucho de esto proviene de centros especializados en mano y cáncer.

**Dr. Bill Evans** 39:34

¿Existe un papel para los robots en todo esto?

**Orador 2** 39:37

Sí, buena pregunta. Uno de mis mentores en MD Anderson ahora trabaja en Beaumont Health, Michigan, el Dr. Jesse Selber. Él ha defendido la cirugía robótica para la extracción de tejido, como el tejido abdominal inferior, por ejemplo, para la reconstrucción mamaria. Al hacer un corte más pequeño en la fascia abdominal, se puede usar el robot. En general, la cirugía robótica accede a partes del cuerpo a través de una incisión mínimamente invasiva, y permite diseccionar la arteria y la vena necesarias para el tejido suprayacente mediante un orificio mucho más pequeño y una disección mucho menor del músculo. Y este es el objetivo de la cirugía reconstructiva: reconstruir algo con el propio tejido del paciente, minimizando los problemas o incluso la mejora estética, a veces en la zona de donde se extrajo. Su argumento siempre era que todo esto parece lejano, y que uno está en la mente de la gente, pero él argumentaba que el futuro ya está aquí, como si el futuro ya estuviera aquí, a nuestro alrededor. Simplemente no está distribuido de manera uniforme, como porciones de lo que vemos suceder en nuestra vida y porciones de lo que vemos posible en la cirugía, por ejemplo. O, quizás así será como lo hará todo el mundo dentro de 100 años. Y es así ahora mismo. Simplemente no todos pueden...

**Dr. Bill Evans** 41:06

Así que mi forma de pensar, hace 40 años, sobre la cirugía , siempre sería la misma, era muy errónea.

**Orador 2** 41:13

Sí, pero quizás sí, quizás en parte sí, ya sabes, porque algunas de las cosas que hacemos hoy existían. Simplemente no existían para todos. No es una forma tan amplia de hacerlo. Quizás hayas visto cosas hace décadas, que todavía hacemos ahora, y que eran... que eran...

**Dr. Bill Evans** 41:30

Nuevo, y ahora no todos lo hacen. Así que , en tu formación, te capacitaste con, supongo, la gente del... iba a decir programa y atención basada en la evidencia , pero no es del todo correcto, pero en términos de metodología de investigación,

**Orador 2** 41:44

Sí, mi supervisora de tesis es la Dra. Melissa Brower. Ahora se ha mudado a la Universidad de Ottawa, pero fue mi supervisora de tesis. Estudió el programa de atención basada en la evidencia en el Hospital y Centro Oncológico Jurvensky. Mi tesis trataba sobre investigación de directrices. Es un tema muy importante para mí y, obviamente, para ella. Fue de gran ayuda para mí, ya que me permitió aprender una perspectiva diferente de lo que hacemos y de cómo se atiende a los pacientes. El argumento es que, si puedo operar a una persona, el impacto que alguien como ella puede tener puede salvar miles de vidas. Las decisiones que surgen de las directrices, que unen a todos y dirigen la atención médica, pueden cambiar todo el sistema.

**Dr. Bill Evans** 42:36

He notado que has publicado mucho. Sé que das charlas en reuniones. ¿Qué? ¿Cuáles son tus áreas de interés en la investigación? Áreas de...

**Orador 2** 42:43

Mi interés se centra en la seguridad del paciente. La seguridad de los implantes mamarios ha sido probablemente mi investigación de mayor impacto, y sigo haciéndolo. Realizo numerosas revisiones sistemáticas y metaanálisis, optimizando la investigación disponible y presentándola en formatos más accesibles para las personas, incluyendo la investigación de guías, formularios de acuerdo, para que los médicos estén de acuerdo y brinden atención. Algunos de los temas más específicos que menciono en las reuniones son, por ejemplo, la necesidad de un registro de implantes mamarios que facilite, por ejemplo, que alguien como yo o cualquier otra persona pueda responder a una pregunta. Si tuviéramos una base de datos más grande y mejor con investigación más detallada, creo que eso mejoraría la vida de todos. Y, obviamente, como tema específico, la preservación de extremidades es importante para mí. Mucha gente se dedica a la reconstrucción mamaria, pero no mucha gente ejerce en un centro que cuente con todos los cirujanos y la atención necesaria para la reconstrucción de sarcomas o traumatismos de extremidades inferiores. Tengo la suerte de vivir en uno de esos lugares, así que creo que es un tema importante. Por mi parte también.

**Dr. Bill Evans** 43:55

Podría decirse que Juravinski tiene suerte de tenerte en ese equipo. Yo...

**Orador 2** 43:59

Lo agradezco. Sí, mi Hospital Gervinsky. Soy yo y el Dr. Ronan Abram. Fue mi mentor durante mi formación. Y ahora tengo la suerte de tenerlo como socio, y juntos creo que podemos ayudar a mucha gente de muchas maneras.

**Dr. Bill Evans** 44:20

De muchas maneras, y estoy totalmente convencida de ello. Me parece increíble lo que puedes hacer por la gente. Para terminar, Chris, me pregunto si podrías compartir con nuestras oyentes qué mensaje les dejarías a las pacientes con cáncer de mama, especialmente sobre la reconstrucción. Habrá mujeres que hayan recibido un diagnóstico reciente de cáncer de mama y que se encuentren en un dilema sobre qué hacer, y ¿qué buen consejo les darías?

**Orador 2** 44:52

La reconstrucción mamaria es diferente para cada persona. Es una operación que mejora la calidad de vida . Sí, y una operación que mejora la calidad de vida significa realizar la operación correcta en la persona correcta en el momento correcto. En términos generales, la respuesta no será la misma para todos, y eso está bien. No se sienta presionada por amigos, familiares, la sociedad, personas dentro o fuera del hospital para someterse a una u otra reconstrucción. Hay muchas opciones disponibles. Debe pedir opiniones a la gente y tomar una decisión , tanto mental como con sus seres queridos, sobre lo que quiere hacer. Hay muchas cosas que puede hacer. Hay muchas cosas que puede hacer de inmediato. Hay muchas cosas que puede hacer con retraso, y alguien como yo puede explicarle todas esas opciones y ayudarle a tomar la decisión correcta.

**Dr. Bill Evans** 45:49

Parece que necesitas encontrarte a ti misma o a tu clon, sí, donde sea que se encuentren en el mundo, o permitir que, como... yo soy los límites. Soy un clon de Ronin. Así que, sí, sí. Bueno, eres un activo valioso dentro del sistema de salud, y estoy segura de que todas las mujeres a las que has atendido y a las que atenderás en el futuro te lo agradecen mucho. Ha sido un placer conversar contigo, y espero que quienes nos escuchan la hayan disfrutado y que hayas obtenido nueva información que pueda serte útil en el futuro. Sí.

**Orador 2** 46:21

gracias por invitarme. Si a los oyentes les interesa ver lo que hacemos, mucha gente no quiere verlo, pero algunos sí. Mi cuenta de Instagram tiene casos. Está en Chris Coronius, C, H, R, S, CO, RON, E, OS, está en Instagram. Y a la gente le gusta ver qué es posible. Hay cosas educativas, hay casos menos rutinarios. El Dr. Aram y yo intentamos difundir la mayor cantidad de información posible.

**Dr. Bill Evans** 46:48

Podemos. Excelente. Es una buena nota para terminar. Así que gracias de nuevo. Muchas gracias.

**Orador 1** 46:56

Gracias por escuchar el podcast de asistencia oncológica. Encuentra más episodios, recursos e información en cancerassist.ca o sigue el programa de asistencia oncológica en Facebook, Twitter e Instagram. Gracias por escuchar.