



Dependiendo del tipo y de la extensión del cáncer de mama, es muy probable que necesite cirugía. La siguiente información abarca diferentes opciones quirúrgicas que sus médicos y su equipo de atención podrían discutir con usted. También incluye consejos sobre cómo cuidarse después de la cirugía. Si la información que figura aquí no coincide con la información que le ha brindado su cirujano personal, siga las indicaciones de su cirujano. Si tiene alguna pregunta, le recomendamos que consulte a su médico o al equipo de atención médica sobre todas sus opciones. En determinados casos su médico podría recomendarle quimioterapia neoadyuvante. La quimioterapia neoadyuvante, o terapia dirigida, se realiza antes de la cirugía para reducir, debilitar o destruir el cáncer. Esto podría permitir hacer una lumpectomía en vez de una mastectomía.

Antes de cualquier cirugía, es probable que se le pida que consulte a su médico de atención primaria para que le haga un examen físico general. Si tiene algún problema médico específico, como problemas cardíacos o respiratorios, podría tener que consultar a un médico especialista en esas áreas. También podría tener que hacerse análisis de sangre, radiografías o pruebas cardíacas antes de la cirugía.

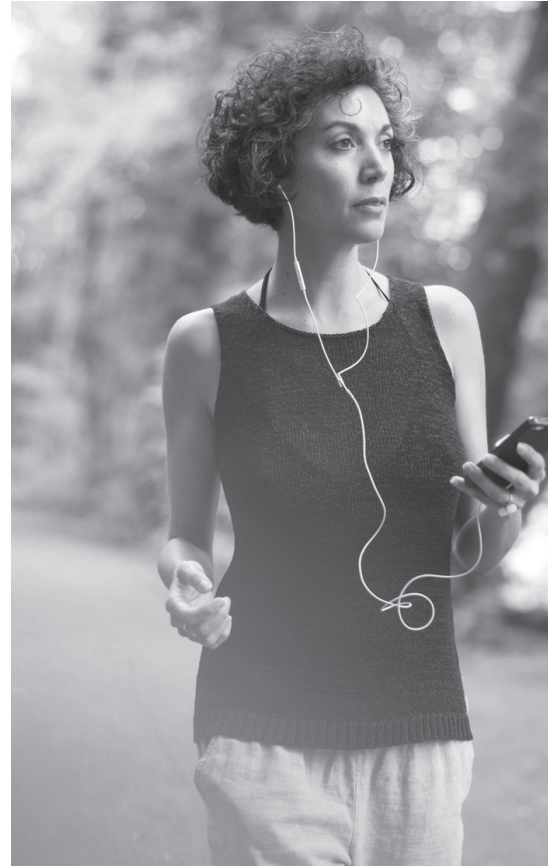
Prepararse para la cirugía

➔ Varias semanas antes de la cirugía:

- Hágase las pruebas que le haya indicado su médico para antes de la cirugía, por lo general, análisis de laboratorio e imágenes adicionales, una radiografía de tórax y, en algunos casos, un electrocardiograma.
- La recuperación después de una cirugía mamaria suele incluir restricciones para levantar peso, empujar y tirar. Este es un buen momento para coordinar con alguien para que cuide a sus hijos, a otros familiares a quienes usted suele ayudar y a sus mascotas. Si siente la necesidad de hacer una limpieza general de su casa, trate de hacerla ahora.
- Considere la opción de preparar porciones más grandes de comida cuando cocine y congele las porciones extra para tenerlas listas para luego de la cirugía. *¡Pida ayuda!*
- Si va a someterse a una mastectomía, tal vez desee pasar las cosas de los estantes más altos a unos más bajos, para alcanzarlas con más facilidad los primeros días después de la cirugía. Coloque almohadas adicionales en su cama.
- Considere instalar una regadera de mano para poder bañarse con más facilidad luego de la cirugía.
- Tal vez no pueda conducir durante un tiempo después de la cirugía. Hable sobre esto con su médico. Esta es otra oportunidad para que le pida ayudar a otras personas.
- Piense qué ropa vestirá para ir al hospital. Por lo general, la ropa que se ponga para ir al hospital será la misma que se pondrá cuando le den el alta. La ropa con botones o cremallera es más fácil de ponerse sin tener que levantar los brazos. Si se va a realizar una lumpectomía, algunos cirujanos le sugerirán que utilice un buen sujetador deportivo durante la recuperación.

➔ El día antes de la cirugía

- Trate de comer bien, dormir, hacer una caminata y actividades recreativas. Beba abundante líquido el día antes de la cirugía.
- De ser posible, quítese las joyas, en especial los anillos, el día antes de la cirugía.
- Si va a pasar la noche en el hospital, junte los artículos que deberá llevar para la estadía hospitalaria. No empaque muchas cosas, ya que por lo general es poco lo que necesitará. Lleve una identificación con foto y su tarjeta de seguro. Si va a pasar la noche en el hospital, lleve pasta y cepillo dental u otros productos necesarios para cuidar su dentadura. La mayoría de las mujeres llevan su propio cepillo de cabello o peine. Si usa lentes, lleve el estuche.
- Tome una ducha la noche antes de la cirugía y pásese el jabón especial o las toallitas quirúrgicas tal como se le indicó. Esto se utiliza para reducir la probabilidad de contraer una infección durante la cirugía. Repita el proceso en la mañana, antes de la cirugía. No se duche ni bañe entre las aplicaciones.
- Es conveniente que se lave el cabello la noche previa a la cirugía, antes de hacer la limpieza quirúrgica.
- Es posible que su equipo de atención médica le dé indicaciones adicionales.
- Por lo general, se le pedirá que no coma nada después de la medianoche previa a la cirugía. Si toma medicamentos para la presión arterial alta, la diabetes u otra enfermedad, pregúntele a su médico si debe tomar el medicamento la mañana de la cirugía. Si necesita tomar uno de estos medicamentos, deberá tomarlo con un pequeño sorbo de agua.



Recuerde que la información que figura en esta sección la ayudará a planificar y a prepararse para su tratamiento. Sin embargo, no pretende reemplazar la atención, los consejos y el plan de tratamiento individuales de su oncólogo y su equipo médico.

Lumpectomía

Durante una lumpectomía (mastectomía parcial), un cirujano extirpará el cáncer (o el bulto) y una pequeña cantidad del tejido mamario normal circundante para obtener bordes o márgenes limpios. La cantidad de tejido que se extraerá dependerá del tamaño del cáncer. La cirugía suele realizarse de manera ambulatoria.

Si el cirujano no puede palpar el cáncer, necesitará ayuda para ubicar esa zona de tejido. Para ello, se le podría realizar un procedimiento llamado localización con tinta o con alambre inmediatamente antes de la cirugía. Este procedimiento se llevará a cabo en el departamento de radiología. Con la ayuda de una mamografía o ecografía, el radiólogo colocará una aguja pequeña en el lugar de la mama donde se encuentra el cáncer. Una vez que la aguja esté en el lugar, el radiólogo colocará un alambre fino y/o una tinta azul a través de la aguja, y luego quitará la aguja. Usted estará despierta durante este procedimiento. Por lo general se administra un anestésico local antes de insertar la aguja. Este procedimiento suele llevar de 30 a 60 minutos. En algunos casos, otra alternativa es que el radiólogo coloque un marcador en la mama, en el lugar donde está el cáncer, varios días antes de la cirugía, tal como se hace durante una biopsia. Durante la cirugía, el cirujano hará una incisión en el lugar de donde se extirpará el cáncer, guiado por la tinta, el alambre o el marcador. El alambre o el marcador y el tejido se retirarán al mismo tiempo.

El patólogo hará una descripción detallada del aspecto de las células cancerosas y realizará determinadas pruebas sobre estas células. También determinará si hay células cancerosas en el borde (margen) del tejido extirpado o muy cerca de él. Si se detectan células cancerosas en o cerca del borde, el cirujano podría recomendar una segunda lumpectomía, más grande, o una mastectomía, si fuera la mejor opción.

Si no se observan células cancerosas en o cerca del borde (“márgenes limpios”), comenzará con el siguiente curso de tratamiento, que podría ser quimioterapia o radioterapia.

Su médico podría recomendar una lumpectomía si:



- Tiene un cáncer pequeño en comparación con el tamaño de la mama,
- Tiene cáncer solo en una zona de la mama,
- No tiene problema en recibir radioterapia luego de la lumpectomía, y
- Desea conservar la mama.

Si se le recomendará quimioterapia luego de la cirugía, esta se administrará antes de utilizar radioterapia en toda la mama. En este caso, la radioterapia se iniciará una vez finalizada la quimioterapia/inmunoterapia (para más información, diríjase al capítulo “Oncología médica”).

Hay varias maneras diferentes de administrar radioterapia luego de una lumpectomía. Hable con su cirujano y oncólogo radioterapeuta para determinar cuál sería la mejor opción para usted (para más información, diríjase a la sección “Oncología radioterápica”). La radiación de haz externo se iniciará luego de que haya sanado de la lumpectomía. Si se recomienda radiación interna (braquiterapia), esta se administrará poco tiempo después de la cirugía. La radioterapia se recomienda luego de una lumpectomía para reducir la probabilidad de que el cáncer de mama reaparezca. También ofrece una pequeña ventaja de supervivencia para las mujeres con cáncer invasivo.

Luego de una lumpectomía, la mama intervenida podría lucir más pequeña o menos llena que la otra. Si se quitó una gran cantidad de tejido, tal vez desee usar una prótesis parcial (una pieza artificial con la forma de la mama) en el sujetador para rellenar la zona y restablecer la simetría de las mamas. Si desea usar una prótesis, contamos con profesionales certificados especializados en prótesis para ayudarla. Tal vez también desee consultar a un cirujano plástico especializado en reconstrucción mamaria para determinar si hay algún procedimiento quirúrgico que pueda ayudar a que su mama vuelva a tener una apariencia más natural.

Mastectomía sin reconstrucción

Durante una mastectomía, el cirujano extirpa todo el tejido de la mama o la mayor parte, lo que podría incluir el pezón. El músculo que está por detrás de la mama no se retira.

Su médico podría recomendar una **mastectomía** si:

- El cáncer es grande,
- Hay cáncer en varias zonas de la mama
- Usted no puede o no desea recibir radioterapia luego de una lumpectomía, o
- Usted siente que la mastectomía es la mejor opción para usted.

Su cirujano tratará de minimizar las cicatrices lo más posible durante la cirugía. Sin embargo, una vez que sane de la mastectomía le quedará una cicatriz en el pecho y la zona se verá relativamente plana. De ser posible, el cirujano dejará algo de piel extra, en caso de que usted planea someterse a una reconstrucción más adelante. En casos raros, las costillas podrían verse como pequeños bultos bajo la piel. A veces es posible que se recomiende radioterapia luego de una mastectomía cuando se detectan determinadas características en el informe de patología.

Luego de la mastectomía, es posible que desee utilizar una mama artificial (prótesis) en el sujetador o directamente sobre la piel.

Otra opción es someterse a una reconstrucción mamaria, utilizando implantes mamarios artificiales o tejidos de su propio cuerpo como piel y tejido adiposo de la parte baja del abdomen. La cirugía reconstructiva se puede realizar en el mismo momento de la mastectomía, o puede esperar y hacérsela después. Más adelante en este capítulo se aborda en detalle la cirugía reconstructiva.

Mastectomía profiláctica

Una mastectomía profiláctica (o preventiva) es la remoción de la mama incluso cuando no se ha encontrado cáncer en ella. Las mastectomías profilácticas se realizan con más frecuencia en las mujeres con un riesgo muy alto de desarrollar cáncer de mama y que desean reducir ese riesgo, como las mujeres con síndromes de cánceres hereditarios (p. ej. BRCA 1 y 2). Si bien en una mastectomía profiláctica se extirpa todo el tejido o la mayor parte de él, todavía existe una pequeña probabilidad de desarrollar cáncer en el tejido mamario remanente. Durante una mastectomía profiláctica, el cirujano extirpa casi todo el tejido de la mama, lo que podría incluir el pezón. El músculo que está por detrás de la mama no se retira.

Tal vez desee considerar una mastectomía profiláctica si:

- Tiene cáncer en una mama y un riesgo alto de desarrollar cáncer en la mama no afectada durante el transcurso de su vida.
- Tiene cáncer en una mama y mucho miedo de desarrollar cáncer de mama en la otra
- Tiene una mutación en los genes BRCA 1 o BRCA 2, independientemente de que haya tenido o no cáncer de mama.
- Se ha hecho radioterapia luego de una lumpectomía.
- Tiene antecedentes familiares importantes de cáncer de mama en edades tempranas.

Ganglios linfáticos

Los ganglios linfáticos son pequeñas estructuras con forma de frijol que se encuentran cerca del sistema vascular (arterias y venas) y que forman parte del sistema linfático que recorre todo el cuerpo. Esta elaborada red de vasos y ganglios ayuda a combatir las infecciones y eliminar los desechos producidos por el cuerpo. Sin embargo, si las células cancerosas ingresan a estos ganglios linfáticos, pueden extenderse a otras partes del cuerpo.

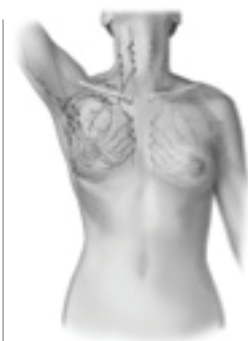
Los vasos linfáticos de la mama drenan en los ganglios linfáticos que se encuentran debajo del brazo (axila). Si durante la biopsia de los ganglios linfáticos se encontraran células cancerosas, podrían recomendarse tratamientos adicionales.

La información que figura en esta sección la ayudará a planificar y a prepararse para su tratamiento. Sin embargo, no pretende reemplazar la atención, los consejos y el plan de tratamiento individuales de su oncólogo y su equipo médico.

Biopsia de ganglio linfático centinela

Si tiene un cáncer ductal o lobulillar invasivo (diríjase a la sección “Entender su diagnóstico”) o una gran cantidad de carcinoma ductal in situ que requiere una mastectomía, su cirujano deberá extirpar también algunos ganglios linfáticos de la axila para determinar si el cáncer se ha extendido de la mama a los ganglios linfáticos cercanos debajo del brazo (axila).

Dado que el cirujano no puede ver los ganglios linfáticos normales, hay dos métodos que se pueden utilizar para ayudar al cirujano a ubicar los ganglios linfáticos durante la cirugía. Se puede inyectar un trazador radiactivo en la mama antes de la cirugía y/o se puede inyectar una tinta azul en el momento de la cirugía. El cirujano hará una pequeña incisión (corte) en la axila y luego buscará y extraerá el primer ganglio linfático donde drenan los tejidos mamaros. Estos ganglios se conocen como ganglios linfáticos centinelas.



Área de ganglios linfáticos en la zona del pecho y el brazo

Por lo general, durante la cirugía se extraen entre uno y cuatro ganglios linfáticos. Un patólogo examinará los ganglios linfáticos, en algunos casos durante la lumpectomía. Si se encontraran células cancerosas en un ganglio linfático centinela, podría ser necesario extraer más ganglios linfáticos, dependiendo del tipo de cirugía que se le haya hecho y los tratamientos adicionales planificados (diríjase a la sección siguiente).

Disección de ganglio linfático axilar

Si tiene un cáncer de mama invasivo y se ha extendido a los ganglios linfáticos centinelas (diríjase a la sección “Entender su diagnóstico”), su cirujano podría tener que extirpar más ganglios linfáticos de la axila para determinar si el cáncer se ha extendido de la mama a los ganglios linfáticos cercanos. A este procedimiento se le llama disección de los ganglios linfáticos axilares.

Se recomienda una disección de los ganglios linfáticos axilares si el examen del cirujano o una biopsia de ganglios linfáticos preoperatoria muestran indicios de ganglios linfáticos cancerosos en la axila (abajo del brazo), o hay sospecha de ello. La disección de los ganglios linfáticos axilares suele realizarse al mismo tiempo que la cirugía mamaria. En algunos casos, si un ganglio linfático centinela contiene células cancerosas, podría recomendarse una disección de los ganglios linfáticos axilares. A veces esto se puede hacer al mismo tiempo que la cirugía mamaria.

Su cirujano hará un corte (incisión) debajo del brazo del lado en el que se encontró el cáncer. El cirujano retirará el tejido graso llamado almohadilla de tejido adiposo, que contiene ganglios linfáticos. La cantidad de ganglios linfáticos que se encuentran en la almohadilla adiposa varía de una persona a otra. Luego de la cirugía, un patólogo extraerá los ganglios linfáticos de la almohadilla adiposa y los examinará bajo un microscopio para determinar si tienen células cancerosas.

Usted podría sentir hormigueo o entumecimiento debajo del brazo y en la parte posterior del brazo luego de la cirugía de disección de los ganglios linfáticos axilares. Además, la formación de cicatrices en la axila podría hacer que sienta tirantez y limitar su rango de movimiento inmediatamente después de la cirugía. Esto debería mejorar con el tiempo. Hay ejercicios específicos (que se mencionan más adelante en esta sección) que pueden ayudarla a mejorar esta rigidez.

Durante su vida, usted tendrá más riesgo de desarrollar una enfermedad llamada linfedema (diríjase a la sección “Linfedema” más adelante en este capítulo) en el lado del que se extirparon los ganglios linfáticos. El linfedema es una inflamación crónica de la mano y/o el brazo. Puede afectar a hasta un 15-20% de las mujeres que se realizan una disección de los ganglios linfáticos axilares. La probabilidad de desarrollar linfedema aumenta con los tratamientos adicionales como la radioterapia (diríjase a la sección “Radioterapia”). Esto no pone en riesgo su vida, pero puede limitar sus movimientos, aumentar la probabilidad de tener una infección y modificar la apariencia de su cuerpo. Existe un tratamiento para minimizar y/o manejar el linfedema. Consulte a su equipo médico sobre los recursos disponibles en su comunidad para reducir el riesgo de desarrollar linfedema.



Reconstrucción mamaria

Luego de una mastectomía, su pared torácica quedará relativamente plana en el lugar donde se extirpó la mama. La forma de la mama se puede recuperar mediante una cirugía reconstructiva. Un cirujano plástico especializado en reconstrucción mamaria puede reconstruir la mama utilizando sus propios tejidos o un implante mamario.

¿Sí o no?

- La decisión de someterse a una cirugía reconstructiva es personal, e influyen en ella muchos factores. Asegúrese de obtener información y apoyo de su equipo de atención médica.

Qué tener en cuenta

- ¿Cuán cómoda me sentiré con mi cuerpo si no tengo una mama?
- ¿En qué actividades participo y cómo me las arreglaré con una prótesis o reconstrucción?
- ¿Qué siento ante la idea de someterme a una cirugía adicional?
- ¿Cuán cómoda me siento con mi prótesis (si ya tengo una)?
- ¿Estoy lista para tomar una decisión sobre la reconstrucción en este momento?
- La cirugía reconstructiva luego de un cáncer de mama no es lo mismo que una cirugía de mama cosmética. El objetivo es obtener el mejor efecto cosmético, pero sus mamas podrían no verse como usted imagina.
- Podría no tener sensibilidad en las mamas reconstruidas y/o en los pezones.

¿Cuándo?

- La cirugía reconstructiva se puede realizar en el mismo momento de la mastectomía o varios meses o años después. Su médico podría recomendar retrasar la reconstrucción si necesita tratamientos adicionales como radioterapia o quimioterapia, o si tiene otros problemas de salud.

¿Qué debo tener en cuenta a la hora de decidir cuándo realizar la reconstrucción?

- ¿Cuán cómoda me sentiré con mi cuerpo si no me realizo la reconstrucción de inmediato?
- ¿Estoy lista para tomar una decisión sobre la reconstrucción en este momento? ¿Necesito más tiempo para pensarlo?
- ¿Tendría la reconstrucción inmediata algún impacto negativo en los tratamientos futuros que necesitaré para el cáncer de mama, como la radioterapia o la quimioterapia?
- Si me hiciera la reconstrucción de inmediato, ¿cómo afectarían los otros tratamientos, como la radioterapia o la quimioterapia, la mama reconstruida?
- ¿Tendré las mismas opciones de reconstrucción si realizo la operación de inmediato que si la retraso?
- ¿Tendrá la mama reconstruida una apariencia diferente si me hago la cirugía de inmediato que si la retraso?

¿Cómo?

La forma de la mama se puede recrear quirúrgicamente de dos maneras:

- ➔ **Utilizando un implante artificial:** el implante, muy similar a los que se utilizan a las operaciones de aumento de mamas cosmético, se puede colocar detrás o por encima del músculo pectoral en el pecho. Consulte a su cirujano plástico para determinar cuál es la mejor opción para usted.
- ➔ **Utilizando su propio tejido:** se utiliza un colgajo de tejido, con frecuencia obtenido de la parte baja del abdomen o la espalda, el cual se coloca en el pecho para recrear la forma de la mama.

Cada método tiene características diferentes en cuanto a la duración de la cirugía, el tiempo de recuperación, la cantidad de cirugías requeridas, las complicaciones a corto y largo plazo, y la apariencia final de la mama. Casi todos los procedimientos de reconstrucción requieren más de una operación.

¿Qué debo tener en cuenta a la hora de decidir el tipo de reconstrucción?

- ¿Cómo es mi estado de salud general?
- ¿Cómo afectará el hábito de fumar mi proceso de cicatrización?
- ¿Qué tipo de anestésico se utiliza?
- ¿Cuánto tiempo lleva la cirugía?
- ¿Qué tamaño tiene mi otra mama, y qué tamaño deseo que tenga la mama reconstruida?
- ¿Cómo quedará la mama reconstruida en comparación con la mama que todavía tengo?
- ¿Tengo suficiente tejido disponible en el abdomen o la espalda para una reconstrucción con tejido propio?
- ¿Deseo modificar el tamaño de la mama que conservo para lograr la simetría, o para hacerla más grande o más pequeña?
- ¿Cuánto se estima que sea el tiempo de recuperación?
- ¿Cuántos procedimientos de seguimiento y cuánto tiempo serán necesarios para finalizar todos los procedimientos de reconstrucción?
- ¿Cómo encajará el proceso de reconstrucción en mi plan de tratamiento general para el cáncer de mama?
- ¿Cuáles son los riesgos y beneficios del procedimiento recomendado?
- ¿Cuántas veces ha realizado el cirujano este procedimiento en particular?
- ¿Tiene el cirujano fotografías de mujeres en las diferentes etapas del procedimiento? ¿Tiene el cirujano fotografías de mujeres a quienes haya operado, luego de finalizada la reconstrucción?
- ¿Qué costo tiene el procedimiento? ¿Cuánto cubrirá mi seguro médico?

En las páginas siguientes podrá encontrar información específica sobre cada tipo de cirugía reconstructiva.

➔ Reconstrucción con implantes mamarios

Los implantes mamarios tienen una cubierta exterior hecha de silicona. Los implantes permanentes están rellenos de solución salina (agua estéril similar a los fluidos del propio cuerpo) o de un gel de silicona. Los implantes con solución salina se sienten más firmes, mientras que la silicona se siente más parecido al tejido mamario natural. Los implantes vienen en dos formas básicas, redondos o en forma de lágrima. El tamaño del implante dependerá de la cantidad de solución salina o silicona que contenga y suele describirse según la talla de la copa del corpiño.

Generalidades

Los implantes mamarios artificiales se colocan por debajo o por encima del músculo pectoral en el pecho.

Cantidad de operaciones necesarias

Por lo general la reconstrucción requiere dos o tres operaciones. Los implantes podrían tener que reemplazarse con el paso del tiempo.

Descripción de la cirugía

- Si el implante se coloca por debajo del músculo, se utiliza un expansor tisular temporal en el momento de la mastectomía o en otro momento más adelante. El expansor tisular es un implante colapsado que puede rellenarse con líquido (solución salina) poco a poco, a través de un “puerto” bajo la piel. Su objetivo es estirar lentamente el músculo y la piel para que puedan dar cabida al implante permanente. Se agrega líquido al expansor cada dos o tres semanas hasta alcanzar el tamaño deseado. Una vez que la pared torácica se ha estirado lo suficiente, se realiza una segunda operación.
- Durante la segunda operación, se retira el expansor y se inserta el implante permanente. El pezón y la areola se pueden agregar en otros procedimientos ambulatorios, si lo desea. Tanto la operación inicial para colocar el expansor como la operación para reemplazar el expansor con el implante permanente llevan de una a dos horas.
- Para colocar implantes por encima del músculo pectoral solo se necesita una operación. El implante se colocará inmediatamente después de que el cirujano mamario finalice la mastectomía. El pezón y la areola se pueden agregar en otros procedimientos ambulatorios, si lo desea.

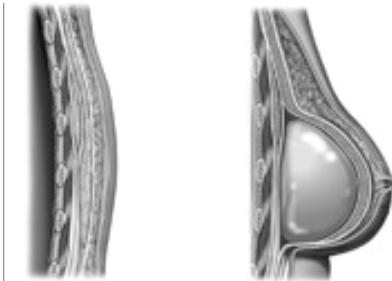
Posibles complicaciones

- *Infección o acumulación de líquido*: al igual que con cualquier cirugía o procedimiento invasivo, usted puede desarrollar una infección o presentar acumulación de líquido (fluidos claros o sangre) alrededor del implante poco tiempo después de la cirugía. Estas complicaciones podrían requerir tratamiento con antibióticos o la remoción del líquido, pero en ocasiones requieren la extracción del implante (que, por lo general, puede reemplazarse más adelante).
- *Necrosis*: muerte de tejido alrededor del implante, por lo general debido a un flujo de sangre insuficiente hacia el tejido después de la operación. Es raro que esto suceda con los implantes mamarios, y no suele ser perjudicial para la paciente. Sin embargo, podría hacer que la mama se sienta dura y modificar su apariencia.
- *Contractura capsular*: es el desarrollo de tejido cicatricial alrededor del implante que distorsiona o modifica la forma de la mama. En los casos graves, la contractura capsular podría ser incómoda o dolorosa. Las contracturas capsulares se pueden corregir quirúrgicamente quitando el tejido cicatricial y reemplazando el implante, pero puede volver a ocurrir.
- *Rupturas o fugas*: si bien no es frecuente, los implantes mamarios podrían romperse o presentar una fuga, derramando solución salina o silicona hacia los tejidos circundantes. Las fugas suelen deberse a una lesión, a los años que tiene el implante o a razones desconocidas. Si se produjera una fuga, será necesario reemplazar el implante. Los implantes deben reemplazarse luego de cierto tiempo para evitar fugas.
- *Dolor*: cualquiera de las situaciones descritas arriba pueden causar dolor. En ocasiones, las mujeres desarrollan dolor crónico luego de la reconstrucción mamaria que no se puede explicar, pero sí tratar. Hable con su médico sobre el dolor.

Ventajas y desventajas de los implantes mamarios:

Ventajas

- Una cirugía con implantes lleva mucho menos tiempo que una cirugía reconstructiva con tejido propio (más información sobre colgajos de tejido en la siguiente sección).
- Los implantes mamarios solo requieren incisiones en el pecho, a diferencia de la reconstrucción con tejido propio, que requiere incisiones en otras partes del cuerpo.
- No hay traslado de músculos y tejido adiposo de una parte del cuerpo a otra, como sucede en la reconstrucción con tejido propio.
- Dado que la cirugía lleva menos tiempo y abarca un área más pequeña, la recuperación puede ser más fácil con los implantes mamarios que con la reconstrucción con tejido propio.



Implante mamario

Desventajas

- Algunas mujeres encuentran que los implantes no se sienten como el tejido mamario normal.
- La mama reconstruida podría sentirse más firme y menos resiliente que el tejido mamario natural.
- La mama reconstruida no tendrá la misma caída que la mama natural.
- El implante mamario no cambiará de tamaño con las fluctuaciones de peso como lo hará su mama natural.
- Si tiene una mama reconstruida, podría necesitar una cirugía en su mama natural para que se parezca más a la mama reconstruida.
- La cantidad total de tiempo necesario y la cantidad de cirugías necesarias para finalizar el proceso de reconstrucción podría ser más largo con los implantes mamarios que con tejido propio (colgajos).
- En caso de preservar el pezón, la sensibilidad se perderá en ambos tipos de cirugía. Si bien podría verse como una mama natural, la sensibilidad no será la misma que en la mama natural.

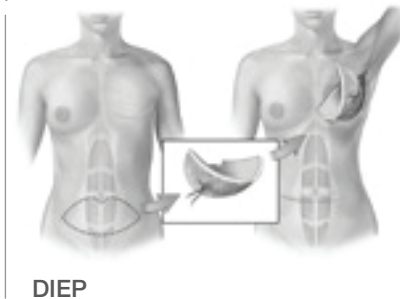
➔ Reconstrucción con tejido autólogo (colgajo)

La reconstrucción autóloga utiliza tejidos de su propio cuerpo para reconstruir la mama. Los colgajos de tejido se pueden obtener de varias partes del cuerpo (como el abdomen, la espalda o las nalgas) para construir la mama. Hay tres maneras de crear colgajos de tejido: colgajos pediculados, colgajos libres y colgajos perforados.

Colgajos perforados o DIEP (por sus siglas en inglés)

En la reconstrucción con colgajo DIEP (colgajo perforador epigástrico inferior profundo) no se traslada el músculo. En cambio, el cirujano ubica los vasos sanguíneos del abdomen, que suministran sangre al tejido adiposo y a la piel, en la zona inferior del abdomen.

Solo se retiran estos vasos sanguíneos, junto con la piel y la grasa que estos vasos alimentan, y se pasan al pecho para formar la nueva mama.



Los músculos abdominales se mantienen en el lugar. El suministro de sangre del colgajo debe reconectarse con cuidado a los vasos sanguíneos de la axila y/o el esternón para que el tejido adiposo y la piel de la nueva mama se mantengan sanos.

Comparación de la cirugía con colgajo de tejido y la cirugía con implantes:

Ventajas

- Crea una mama de apariencia muy natural.
- La mama reconstruida cambiará de tamaño cuando usted aumente o baje de peso.
- Mantiene más sensibilidad en la mama reconstruida que con el uso de implantes.
- El tiempo total requerido para la reconstrucción solo incluye una cirugía adicional para crear el pezón, si lo desea. Podría necesitar una cirugía adicional para que el tamaño y la forma de ambas mamas sean similares.
- Si se utiliza tejido abdominal para crear la mama, tendrá un estómago más plano (abdominoplastia o “tummy tuck”).
- No requiere un reemplazo futuro, a diferencia de los implantes.

Desventajas

- La cirugía inicial es más complicada que la cirugía con implantes, y lleva más tiempo, por lo general de seis a ocho horas.
- Requiere incisiones en el pecho y en la zona de donde se obtiene el colgajo de tejido, p. ej. el abdomen, la espalda o las nalgas, lo que deja más cicatrices que la cirugía con implantes.
- El tiempo de recuperación es más largo que en la cirugía con implantes y requiere más días de internación hospitalaria.
- Las cirugías TRAM y el colgajo de músculo dorsal ancho requieren trasladar todo o una parte del músculo. En esos casos, usted podría perder un poco de fuerza en el abdomen, la espalda o el hombro después de la cirugía.
- No todos los cirujanos están capacitados para realizar todos estos procedimientos. Tal vez tenga que consultar a varios cirujanos, lo que podría generarle costos adicionales.

Colgajo TRAM adjunto (pediculado)

The attached abdominal tissue flap is also known as the TRAM (Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous) flap. TRAM flap surgery can be done to recreate one or both breasts.

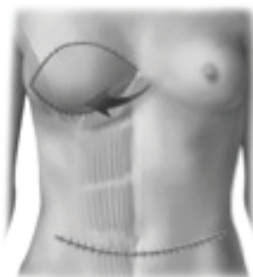
Generalidades

Tissue and muscle taken from the abdomen are used to recreate the breast.

Descripción de la cirugía

Durante la cirugía inicial, se realiza una incisión desde un hueso de la cadera hasta el otro, en la línea del bikini, justo arriba de la zona púbica. Luego, el cirujano corta el extremo inferior del músculo recto abdominal en el lado opuesto a la nueva mama.

El cirujano rota el músculo y lo coloca por debajo de la piel en la zona del pecho para crear la nueva mama. La parte superior del músculo permanece adherida en su posición original para suministrar sangre al colgajo de tejido. También se transfieren piel y grasa del abdomen a la nueva mama para darle forma y cubrirla. Si se reconstruyen ambas mamas, se utilizan ambos músculos rectos abdominales, junto con grasa y piel adicionales del abdomen.



Reconstrucción mamaria con colgajo de músculo abdominal

Recuperación

Recuperarse de una cirugía con colgajo TRAM lleva tiempo. Deberá limitar sus actividades para permitir que la incisión abdominal sane. También tendrá varios drenajes insertados en la mama reconstruida y bajo la piel del abdomen para retirar el líquido que se acumule.

Se le darán medicamentos para ayudar a manejar el dolor o las molestias. Podrá retomar gradualmente las actividades normales y, en aproximadamente dos meses, ya debería estar en condiciones de realizar la mayoría de sus actividades habituales.

Posibles complicaciones

Si bien son poco comunes, luego de la reconstrucción con un colgajo TRAM pueden presentarse varias complicaciones:

- Si el suministro de sangre a la nueva mama se viera restringido, el tejido podría endurecerse o engrosarse. Esto se conoce como necrosis adiposa y no le causará daño.
- Pueden acumularse líquidos en la nueva mama o en la pared abdominal y formar un seroma (líquido claro) o un hematoma (líquido sanguinolento). El cuerpo podría reabsorber el líquido por sí solo, o podría ser necesario drenarlo con una aguja.
- Podrían producirse infecciones en la mama o en la incisión abdominal que se tratan con antibióticos.
- A medida que sana y retoma sus actividades normales, usted podría sentirse limitada debido a que los músculos abdominales están débiles. La mayoría de las mujeres no tiene dificultad para adaptarse a este cambio.
- En ocasiones, la pérdida de los músculos abdominales puede causar una hernia. Las hernias ocurren cuando los intestinos sobresalen a través de los músculos y crean un bulto que a veces es incómodo. La hernia podría tener que corregirse con una cirugía.
- En ocasiones, se pueden formar otros bultos en la pared abdominal o en la nueva mama debido al traumatismo causado por el procedimiento de tunelización. Estos bultos podían mejorar con el tiempo.

Otros colgajos de tejido

Hay otras áreas del cuerpo que también pueden utilizarse para la reconstrucción con tejido autólogo. Este otro tipo de colgajo puede utilizarse en mujeres que:

- No tienen suficiente tejido abdominal para la reconstrucción,
- Tienen lesiones en la espalda y necesitan conservar sus músculos abdominales
- Tuvieron una cirugía abdominal anterior, o
- Desean mantener la fuerza abdominal por diversos motivos.

Colgajo de músculo dorsal ancho

El músculo dorsal ancho es el músculo que pasa por debajo del hombro en la espalda. De manera similar que en la cirugía de colgajo TRAM, se corta el músculo dorsal ancho y se pasa por debajo de la piel (procedimiento llamado “tunelización”) hasta el pecho, junto con el traslado de piel y tejido adiposo de la espalda. La piel y los tejidos de la espalda no son iguales a los de la mama, por lo que la mama reconstruida podría lucir y sentirse un poco diferente. Por lo general es necesario utilizar un implante mamario para que la mama se vea más llena. Podría perder fuerza en el hombro y la espalda, pero la mayoría de las mujeres se ajusta sin mucha dificultad. La recuperación de la cirugía podría ser más sencilla que cuando se utiliza un colgajo abdominal.



Colgajo de músculo dorsal ancho

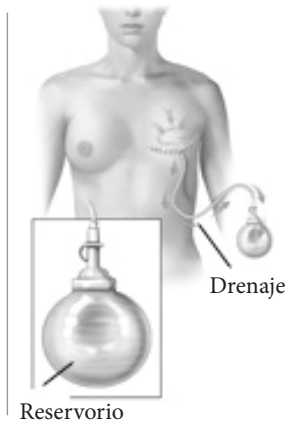
Colgajos glúteos

Los colgajos glúteos provienen de las nalgas y se realizan como colgajos libres de manera similar al colgajo TRAM libre. También se pueden realizar sin músculo, de manera similar al colgajo DIEP, en cuyo caso se le llama colgajo S-GAP (colgajo de perforantes de la arteria glútea superior). Los colgajos glúteos permiten una reconstrucción muy realista de las mamas. La cantidad de músculo utilizada es mínima, por lo que la fuerza no se ve afectada. Sin embargo, dada su complejidad, el colgajo glúteo por lo general no puede hacerse en el momento de la mastectomía. Se necesitan dos procedimientos para reconstruir ambas mamas. Los nervios del glúteo o nervios ciáticos, que otorgan sensibilidad a la nalga o el muslo, también pueden sufrir un daño temporal o permanente durante la reconstrucción.

Cuidado de la herida y del drenaje después de la cirugía

Cuando se vaya a su casa, tendrá una venda cubriendo la incisión o herida en el lugar donde se realizó la cirugía. Si se hizo una mastectomía, una disección de ganglios linfáticos axilares o una cirugía reconstructiva, también podría tener drenajes de succión durante algunos días o varias semanas después de la cirugía. Abajo encontrará algunos lineamientos generales para su cuidado. Su cirujano le dará instrucciones más específicas sobre cómo cuidar la herida y los drenajes. *(Si estas instrucciones son diferentes de las que le dio su cirujano, siga las indicaciones del cirujano o de su equipo de atención.)*

- Asegúrese de que las vendas sobre la herida se mantengan limpias y secas. La venda no debería empaparse desangre o de líquidos claros. Si esto sucede, coloque una venda adicional y comuníquese con su cirujano.
- Su cirujano le dirá cuándo podrá tomar una ducha.
- Su cirujano le dirá cuándo cambiar o quitar las vendas. Cuando quite las vendas, verá qué método utilizó el cirujano para unir los bordes de la herida. Luego de una lumpectomía, muchos cirujanos utilizan suturas adhesivas (steri-strips) o Dermabond. Las suturas adhesivas son pequeñas tirillas de una cinta especial. Suelen permanecer en el lugar durante 1-2 semanas. No las retire. Permita que se vayan cayendo gradualmente por sí solas. Luego de una ducha, las suturas adhesivas pueden parecer más sueltas. Simplemente séquelas con golpecitos suaves y volverán a adherirse a la piel.



- Su cirujano podría utilizar Dermabond, un adhesivo o pegamento estéril líquido para la piel que se utiliza para mantener juntos los bordes de la herida. El Dermabond es transparente, por lo que no verá ninguna tirilla de cinta o sutura. Esta película suele permanecer en el lugar durante 7-10 días, y luego se desprende sola. Es seguro ducharse, solo lave la zona de la incisión con delicadeza y séquela con una toalla con cuidado.
- Controle la incisión o herida para asegurarse de que esté sanando bien. La herida debería estar seca, sin demasiadas zonas rojas o rosadas alrededor. Es normal que la zona esté algo inflamada, sensible o que sienta cierto entumecimiento.

Los síntomas a los que debe estar atenta incluyen:

- Enrojecimiento alrededor de la herida
- Supuración de líquido claro, sanguinolento o blanco
- Inflamación importante
- Temperatura excesiva alrededor de la herida
- Fiebre o escalofríos

Si presenta alguno de estos síntomas, consulte a su cirujano. Podría tener una infección en la herida que requiera tratamiento.

- El/los drenaje/s de succión debe/n vaciarse regularmente. Su enfermero le indicará cómo vaciarlos antes de que se vaya del hospital. Podría ser más fácil que otra persona la ayude a vaciar los drenajes. Para vaciar el reservorio, quite el tapón en la parte de arriba del drenaje y vierta el líquido en el contenedor que le entregó su enfermero. Cuando el drenaje esté vacío, apriete el reservorio con una mano hasta dejarlo plano y vuelva a colocar el tapón en la parte de arriba del drenaje. El drenaje colapsado hará succión y ayudará a extraer el exceso de líquido de la herida. Registre la fecha, hora y cantidad de líquido recolectado en cada drenaje. La cantidad de líquido que sale en cada drenaje disminuirá con el tiempo. El líquido podría ser ligero o acuoso y cambiar de color, de un rojo claro a un rosado claro. También podría observar pequeños trozos de tejido o sangre coagulada en el drenaje.

- Dado que podría desarrollar una infección alrededor del drenaje, es importante que observe la zona que rodea el tubo para detectar posible enrojecimiento, temperatura, secreción (clara, sanguinolenta o blanca) y fiebre o escalofríos. Llame a su cirujano si tiene alguno de estos síntomas. A veces podría haber secreción alrededor del tubo en vez de hacia dentro del drenaje, lo que podría deberse a una obstrucción en el tubo o la pera. En caso de que esto ocurra, puede colocar una pequeña gasa alrededor del tubo. Cámbiela con frecuencia si se moja. Llame a su cirujano para pedir una cita si hay mucha secreción alrededor del tubo.
- En ocasiones, el drenaje podría salirse un poco por sí solo o caerse por completo. Si esto sucede, no intente volver a colocarlo. Llame al cirujano y no entre en pánico. Informe a su cirujano cuánto líquido ha drenado en las 24 horas previas a que el drenaje se saliera.

Seroma

A veces, después de la cirugía podría acumularse líquido en el lugar de la misma, debajo de la piel y/o en los tejidos debajo del brazo. Esto podría sentirse como una bola llena de líquido y verse claramente inflamada. A esta acumulación de líquido se le llama seroma. Es posible desarrollar seromas luego de una lumpectomía, mastectomía y/o remoción de ganglios linfáticos. Los seromas pueden aparecer entre 7 y 10 días después de la cirugía, o después de la remoción de los tubos de drenaje.

En la mayoría de los casos, el cuerpo reabsorberá naturalmente el líquido del seroma en aproximadamente un mes, si bien puede llevar más tiempo. Si siente alguna molestia puede comunicarse con su cirujano, que podrá drenar el líquido con facilidad. Si desarrolla un seroma, esté atenta a cualquier signo de infección como enrojecimiento, temperatura, mayor sensibilidad o fiebre. Informe a su cirujano sobre cualquier signo de infección

Registro de drenaje

Fecha/hora de vaciado	Drenaje 1 Cantidad	Drenaje 2 Cantidad	Drenaje 3 Cantidad	Drenaje 4 Cantidad

Actividades después de la cirugía

El tiempo que tardará en poder retomar las actividades normales después de la cirugía dependerá del tipo de cirugía realizada.

En general, las lumpectomías requieren el menor tiempo de recuperación, mientras que una mastectomía con reconstrucción con tejido propio (colgajo) es la que lleva más. Siempre consulte a sus cirujanos mamarios y plásticos para determinar cuándo es seguro retomar actividades específicas.

General guidelines

- Cuando regrese a su casa, podrá hacerse cargo de gran parte de su cuidado personal, como bañarse, vestirse, preparar alimentos simples, etc.
- Podría sentir que necesita tomar descansos entre las actividades, pero no debe quedarse en la cama durante períodos prolongados durante el día. Es importante que se levante y se mueva con frecuencia para ayudar a la recuperación.
- Una caminata corta cada día la ayudará a recuperarse más rápidamente.



- Puede retomar las tareas del hogar livianas y algunas actividades laborales, como preparar una comida simple, doblar ropa, utilizar la computadora y llenar papeles cuando se sienta lista.
- Evite las actividades que requieran levantar pesos moderados (como ir al supermercado o cargar la bolsa de ropa sucia) o que requieran empujar/tirar (como pasar la aspiradora) y hacer movimientos repetitivos (como lavar ventanas o pasar muchas horas en la computadora).

- Una buena regla para seguir en este momento es escuchar su cuerpo, hacer lo que le resulte cómodo y parar y descansar cuando se sienta cansada.

Conducir

Si se hizo una lumpectomía o una mastectomía simple sin remoción de ganglios linfáticos, podrá volver a conducir en unos pocos días. Si se sometió a una remoción de ganglios linfáticos y/o a una cirugía reconstructiva, podría tener que esperar varios días o semanas para sentirse lista para conducir. No conduzca mientras esté tomando medicamentos para el dolor. Una almohadilla o un dispositivo para adaptar la posición del cinturón de seguridad podrían ayudar a amortiguar el roce o a ajustar el cinturón de seguridad en una posición más cómoda cuando conduzca.

Regresar al trabajo

La mayoría de las mujeres están listas para regresar al trabajo algunos días o semanas después de la cirugía. Nuevamente, este plazo dependerá del tipo de cirugía y del tipo de trabajo que usted haga. Algunas mujeres pueden preferir no volver al trabajo durante los tratamientos adyuvantes (adicionales) como la radioterapia y la quimioterapia. Otra opción podría ser trabajar a tiempo parcial y agregar gradualmente más horas a medida que se sienta lista. Su médico la ayudará a determinar qué es lo mejor para usted.

Ejercicio

Podrá retomar sus actividades anteriores a la cirugía en el curso de las primeras semanas y meses después de la cirugía. Nuevamente, la mejor regla es escuchar su cuerpo, hacer lo que le resulte cómodo y parar y descansar cuando se sienta cansada o dolorida. Si antes de la cirugía practicaba deportes exigentes, consulte a su médico para determinar cuándo es seguro retomar esas actividades.

Asegúrese de consultar a su cirujano antes de probar los ejercicios incluidos en este capítulo.

Puede hacer estos ejercicios una o dos veces al día. Comience con 1 a 5 repeticiones de cada ejercicio y aumente gradualmente la cantidad de repeticiones a medida que se sienta capaz.

Estiramientos

Durante el período de recuperación inicial deberá mantener el rango de movimiento de su brazo y hombro. En su primera revisión postoperatoria, pregúntele al cirujano si puede comenzar a realizar algunos de estos ejercicios y estiramientos simples. Trate de mantener el estiramiento durante 15 segundos, sin rebotar.

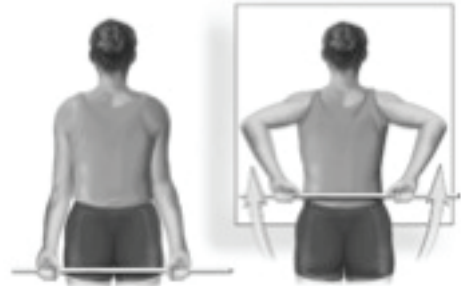
- Encogimiento de hombros: con los brazos a los lados, levante los hombros, como si quisiera acercarlos a las orejas, y mantenga la posición durante unos segundos. Repita varias veces.
- Levante los brazos hacia adelante y hacia el costado.
- Caminata con las manos por la pared.
- Estiramiento con palo de escoba/vara o subir las manos por detrás de la espalda.
- Estiramiento con las manos detrás de la cabeza.
- Estiramiento lateral con alejamiento del brazo (con palo de escoba o vara hacia el costado).
- Estiramiento por encima de la cabeza.



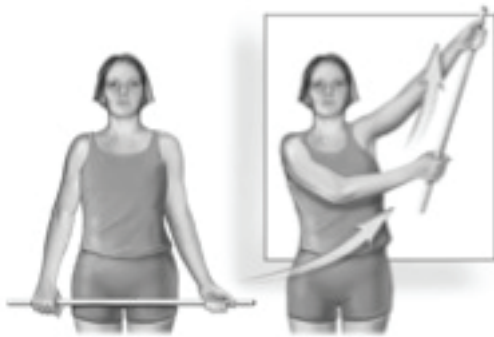
Estiramientos posteriores a la cirugía



Estiramiento con las manos detrás de la cabeza



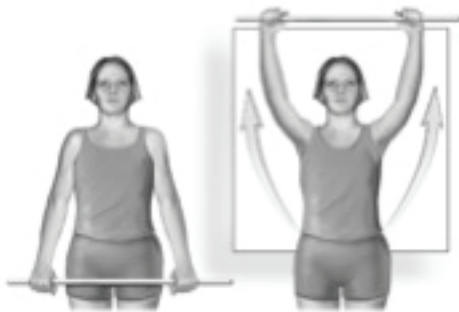
Estiramiento detrás de la espalda



Estiramiento lateral con alejamiento del



Estiramiento de brazos



Estiramiento por encima de la cabeza



Subir las manos por detrás de la espalda

Estiramientos posteriores a la cirugía



Levantamiento de brazos con manos entrelazadas



Flexiones de bíceps



Estiramiento de brazos



Flexiones de tríceps



Estiramiento de torso superior

Los derechos de autor de todas las ilustraciones pertenecen a Nucleus Medical Media. Todos los derechos reservados. www.nucleusinc.com

Primeros auxilios para su brazo luego de la cirugía

A pesar de toda la planificación y todas las precauciones que tome para cuidar su brazo después de la cirugía, a veces podría producirse una lesión que requiera tratamiento. Para estar preparada para enfrentar cualquiera de estas emergencias menores, tenga a mano los siguientes elementos: vendas, ungüento antibiótico, crema antihistamínica y una loción sin colorantes ni fragancias.

Corte o rasguño en la mano o el brazo

- 1 Aplique presión con suavidad hasta detener cualquier sangrado.
- 2 Lave el corte con agua tibia y jabón.
- 3 Seque el área.
- 4 Aplique ungüento antibiótico en el corte.
- 5 Cubra con una venda.
- 6 Limpie la herida y vuelva a colocar ungüento y una nueva venda una vez al día o con más frecuencia, si la venda se moja o ensucia. No deje una venda mojada sobre un corte o rasguño.
- 7 Observe si hay signos de infección en la zona de la herida y en el brazo: enrojecimiento, temperatura, secreción, fiebre o escalofríos. Si tiene alguno de estos síntomas, comuníquese con su médico.

Quemadura pequeña en la mano o el brazo

- 1 Enjuague la zona con agua tibia y séquela con toques suaves.
- 2 Si la piel quemada se abre, comuníquese con su médico. De lo contrario, siga los pasos que figuran abajo
- 3 Aplique ungüento antibiótico en la quemadura.
- 4 Coloque una venda no adhesiva.
- 5 Observe si hay signos de infección en la zona quemada y el brazo: enrojecimiento, temperatura, secreción, fiebre o escalofríos. Si tiene alguno de estos síntomas, comuníquese con su médico.

En caso de quemaduras graves, consulte a su médico o diríjase a una sala de emergencias

Picadura de insecto en la mano o el brazo

- 1 Lave y seque la zona.
- 2 No se rasque. Aplique una crema anti-histamínica como Benadryl para reducirla picazón. Una compresa fría también podría ayudar a reducir la picazón.
- 3 Observe si hay signos de infección en el lugar de la picadura y en el brazo: enrojecimiento, temperatura, secreción, fiebre o escalofríos. Si tiene alguno de estos síntomas o presenta hinchazón que no mejora en 48 a 72 horas, comuníquese con su médico.

Quemadura solar en la mano o el brazo

- 1 Sumerja en agua tibia.
- 2 Aplique una abundante cantidad de loción con aloe vera (sin fragancia o colorantes) en el brazo al menos cuatro veces al día.
- 3 Es normal que el brazo se hinche un poco, pero la hinchazón debería comenzar a ceder luego de 48 a 72 horas. Cuando esté sentada o acostada, trate de mantener el brazo elevado. Si a medida que mejora la quemadura solar la hinchazón no cede, consulte a su médico.
- 4 Vista ropa suelta.
- 5 Esté atenta a los signos de infección: enrojecimiento, temperatura, secreción, fiebre o escalofríos. Contacte a su médico si observa alguno de estos síntomas.

Uso excesivo del brazo

- 1 Está bien utilizar el brazo para las tareas cotidianas, pero trate de no levantar objetos pesados o realizar movimientos repetitivos con el brazo sin la autorización de su médico.
- 2 Descanse el brazo si lo siente cansado o dolorido
- 3 Trate de mantener el brazo elevado cuando esté sentada o acostada.
- 4 Si la inflamación no mejora en 48 horas, comuníquese con su médico

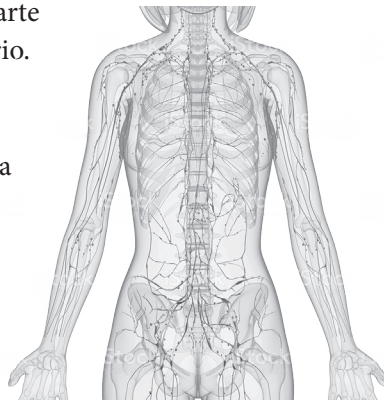
Linfedema

El linfedema se puede producir por varios motivos. En el caso de una cirugía mamaria, lo que causa inflamación es la acumulación de líquido linfático rico en proteínas en los tejidos de la mano, el brazo y/o la pared torácica en el lado de la cirugía de mama. La inflamación puede hacer que sienta pesadez, tirantez y cierta molestia. Este problema ocurre cuando el sistema de drenaje linfático en el pecho y el brazo se lesiona durante la cirugía y/o la radioterapia.

Lymphatic system

El sistema linfático es parte de su sistema inmunitario.

Consiste en una serie de vasos que corren de forma paralela al sistema circulatorio (las venas) y los ganglios linfáticos ubicados alrededor de los órganos principales y en determinados tejidos (abajo del



brazo, por ejemplo). El sistema linfático ayuda a filtrar las células muertas, las proteínas y los productos de desecho en las venas.

También tiene como función activar el sistema inmunitario para que combata las infecciones.

Durante la cirugía mamaria, si se realiza una biopsia de ganglios centinelas o una disección de los ganglios linfáticos axilares, se extirpan algunos ganglios linfáticos y se cortan vasos linfáticos.

Esto daña y afecta el flujo de líquido linfático en esa zona. La radioterapia puede causar incluso más formación de cicatrices. La mayor parte del tiempo, su cuerpo puede adaptarse a estos cambios sin que se produzca una acumulación excesiva de líquido en el brazo del lado de la cirugía mamaria. Sin embargo, puede desarrollarse un linfedema debido al uso excesivo del brazo, o a partir de una infección, una picadura de insecto, un corte u otro tipo

de lesión. Ejercitar el brazo la ayudará. Es importante retomar lentamente el ejercicio luego de cualquier interrupción, como después de una cirugía..

Desarrollo y reducción del riesgo

La mayoría de las mujeres que se someten a cirugías de los ganglios linfáticos y de cáncer de mama ya un tratamiento con radioterapia no desarrolla linfedema. Sin embargo, es importante conocer y aplicar ciertas estrategias para reducir el riesgo de desarrollar un linfedema.

Aparición y factores de riesgo


- Las mujeres que se sometieron a una cirugía de cáncer de mama (ya sea una mastectomía o una lumpectomía) con disección de los ganglios linfáticos corren más riesgo de desarrollar un linfedema en el transcurso de sus vidas.
- Las mujeres que solo se realizaron una biopsia de ganglios centinelas tienen un riesgo pequeño de desarrollar linfedema.
- Es muy raro que las mujeres a quienes no se les extirparon ganglios linfáticos desarrollen linfedema.
- Podría nunca producirse un linfedema.

Algunas mujeres desarrollan un linfedema muy leve que puede fluctuar con el paso del tiempo. Sin embargo, la mayoría de las mujeres con linfedema tendrá una inflamación crónica, constante, que requiere atención regular para evitar problemas adicionales. Puede resultarle útil consultar a un fisioterapeuta especialmente entrenado en técnicas para el manejo del linfedema.

El fisioterapeuta le enseñará a reducir la inflamación mediante un tipo especial de automasaje, así como a aplicar vendas de compresión y a utilizar mangas de compresión para mantener controlado el tamaño del brazo. En algunos lugares también existen clínicas de linfedema que ofrecen tratamiento para mantener el linfedema controlado.

Reducir el riesgo

También puede tomar precauciones para reducir la probabilidad de desarrollar linfedema luego de una cirugía mamaria que incluya una biopsia de ganglios linfáticos centinelas o una disección de ganglios linfáticos axilares (con o sin radioterapia). Las siguientes son algunas sugerencias para minimizar el riesgo:

- No cargue objetos pesados con el brazo afectado, incluidas bolsas pesadas.
 - Evite realizar movimientos enérgicos o repetitivos con el brazo afectado que no esté acostumbrada a realizar. Por ejemplo, limpie solo una o dos ventanas por vez en lugar de limpiar todas las ventanas de su casa en el mismo momento.
 - De ser posible, evite los pinchazos de agujas de cualquier tipo en el brazo afectado.
 - De ser posible, evite que le tomen la presión, le extraigan sangre o le administren inyecciones comunes o intravenosas en el brazo afectado para reducir la probabilidad de sufrir un traumatismo.
 - Mantenga un peso saludable. Tener sobrepeso u obesidad aumenta la probabilidad de desarrollar linfedema.
 - Gradualmente, aumente el ejercicio de acuerdo con las recomendaciones de su cirujano o fisioterapeuta. Las investigaciones han mostrado que los ejercicios aeróbicos y de fuerza adecuados pueden reducir el riesgo de desarrollar linfedema. Descanse con frecuencia para permitirle al brazo recuperarse.
 - Observe su brazo para detectar cualquier cambio en el tamaño, la forma, los tejidos, la textura, o si siente dolor, pesadez o firmeza excesiva.
 - Cuando haga un viaje largo en avión (más de dos o tres horas), puede optar por utilizar una manga de compresión en el brazo afectado. También le convendría usar una manga de compresión cuando esté en lugares con altitud alta (más de 5.000 pies) o cuando haga ejercicio.
- 
- Mantenga la piel del brazo afectado y del pecho limpia y bien humectada. Una piel saludable e intacta es la mejor defensa contra las infecciones. Utilice pantalla solar con FPS 30 o más cuando esté al aire libre.
 - Evite llevar ropa ajustada o joyas en el brazo afectado. Asegúrese de que las tiras del sujetador le queden cómodas. Si elige utilizar un sujetador con prótesis, asegúrese de que sea liviano.
 - Evite los cambios bruscos de temperatura, como baños largos de inmersión en agua caliente o la sauna. Evite la exposición prolongada al calor (más de 15 minutos).
 - Utilice guantes para hacer las tareas del hogar o de jardinería para proteger sus manos y antebrazos.
 - Evite cortarse las cutículas en la mano del brazo afectado. En cambio, empuje las cutículas con delicadeza hacia atrás.
 - Si debe afeitarse, utilice una afeitadora eléctrica.
 - Cuando cosa, use dedales.
 - Trate los cortes, las quemaduras y las picaduras de insecto de inmediato. Preste atención a los signos de infección: enrojecimiento (incluida una veta roja que sube por el brazo), inflamación, secreción, temperatura, fiebre o escalofríos.
 - Si tiene una infección, busque tratamiento de inmediato. Informe a su médico si la inflamación dura más de cuatro días.
 - Use repelente de insectos.

Tratamiento

El linfedema suele tratarse con métodos físicos y las complicaciones del linfedema, con medicamentos.

■ Métodos físicos

- Mantener el brazo en una posición elevada.
- Someterse a un drenaje linfático manual (un tipo especial de masaje muy suave que ayuda a llevar el líquido del extremo del brazo hacia el tronco).
- Utilizar una manga de compresión hecha a medida que aplique presión controlada en el brazo (consulte la siguiente sección).
- Limpiar la piel con cuidado para evitar una infección.
- Someterse a una cirugía, en algunos casos.

■ Prendas de compresión

- Estas prendas deben cubrir toda la zona inflamada.
- Pueden utilizarse con una bomba de compresión por debajo, pero solo bajo la supervisión de un profesional de la salud entrenado.

■ Medicamentos

- Podrían utilizarse antibióticos para tratar y prevenir las infecciones.

■ Manejo del dolor

- El dolor es causado por la inflamación y la presión en los nervios, la pérdida de tejido y de función muscular o los tejidos cicatriciales que causan un acortamiento de los músculos y menor rango de movimiento en las articulaciones.
- El dolor se puede tratar con medicamentos y técnicas de relajación; sin embargo, el tratamiento más efectivo es reducir el linfedema.

■ Manejo del peso

- Debe controlar su peso periódicamente. La alentamos a que lleve una dieta saludable.

Apoyo

Vivir con linfedema luego de haber sufrido un cáncer de mama puede ser difícil. El asesoramiento grupal e individual puede brindarle apoyo emocional e información sobre métodos para minimizar el linfedema. Puede encontrar información y recursos adicionales en la sección “Recursos sobre el cáncer de mama” de este cuaderno.

La información de esta sección no pretende reemplazar la atención, los consejos y el plan de tratamiento individuales de su oncólogo y su equipo médico.