

Cuestiones básicas sobre mastectomía sin reconstrucción

Con el asesoramiento de la
Dra. Gloria Ortega

Jefa de Cirugía de Mama

MD Anderson Cancer Center Madrid-Hospiten



Documento publicado en mayo de 2026

Su equipo quirúrgico ha indicado la mastectomía como la mejor opción en su caso. No someterse a reconstrucción inmediata es una decisión válida y frecuente, y no cierra la puerta a una reconstrucción en el futuro si en algún momento lo desea.

SECCIÓN 1

¿Qué es la mastectomía y cuándo se indica?

La mastectomía es la extirpación quirúrgica de la mama. Se indica cuando la cirugía conservadora no es posible o no es la mejor opción, o cuando la paciente así lo prefiere tras ser informada.

Indicación oncológica: ¿cuándo no es posible la cirugía conservadora?

Tumor grande con relación al tamaño de la mama, tumor multicéntrico, imposibilidad de obtener márgenes libres, o contraindicación para la radioterapia posterior.

Decisión de la paciente: ¿cuándo se elige por preferencia?

Algunas pacientes prefieren la mastectomía para reducir la ansiedad por la posibilidad de recidiva local o para evitar la radioterapia. Es una decisión respetable que debe tomarse con información completa.

Mastectomía y supervivencia

Los estudios demuestran que la mastectomía y la cirugía conservadora con radioterapia ofrecen la misma supervivencia global en tumores en los que ambas opciones son técnicamente posibles. La elección debe basarse en factores clínicos y en las preferencias de cada paciente.

Tipos de mastectomía

Existen distintas técnicas de mastectomía. Su cirujano/a le explicará cuál es la más adecuada en su caso en función de las características del tumor y de sus preferencias.

Mastectomía radical

Se extirpa toda la glándula mamaria, el pezón y la areola. Es la técnica habitual cuando no se realiza reconstrucción inmediata.

Mastectomía preservadora de piel

Conserva la mayor parte de la piel. Se utiliza exclusivamente cuando se realiza reconstrucción inmediata.

Mastectomía preservadora de pezón y areola

Conserva piel, pezón y areola. Se utiliza exclusivamente cuando se realiza reconstrucción inmediata y en casos seleccionados.

⚠ ¿Puedo elegir el tipo de mastectomía?

Las técnicas preservadoras de piel y de pezón-areola se reservan para cuando se realiza reconstrucción inmediata. En este documento, que trata la mastectomía sin reconstrucción, la técnica habitual es la mastectomía radical. Su cirujano/a le explicará qué es más adecuado en su caso.

La axila: ganglio centinela y linfadenectomía

En la misma intervención se evalúa el estado de los ganglios linfáticos axilares. Esto es fundamental para conocer la extensión de la enfermedad y planificar el tratamiento. Existen dos procedimientos posibles:

Biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC)

Se identifican y extraen los primeros ganglios de la cadena linfática (habitualmente 1–3) mediante una sustancia trazadora. Su análisis postoperatorio permite saber si el cáncer se ha extendido. Es el procedimiento estándar cuando la axila no está afectada clínicamente.

Linfadenectomía axilar

Se extirpan la mayoría de los ganglios linfáticos de la axila (habitualmente 10–20). Se indica cuando se ha confirmado que los ganglios están afectados por el tumor. Conlleva mayor riesgo de linfedema.

i ¿Qué es el linfedema?

El linfedema es una hinchazón crónica del brazo que puede aparecer tras la linfadenectomía axilar, debido a la alteración del drenaje linfático. Su riesgo es menor con la biopsia del ganglio centinela. Su equipo le dará pautas para prevenirlo y detectarlo precozmente.

	Ganglio centinela (BSGC)	Linfadenectomía axilar
Ganglios extraídos	1–3 ganglios	10–20 ganglios
Cuándo se indica	Axila sin afectación confirmada	Ganglios afectados confirmados
Análisis	Postoperatorio (laboratorio)	Postoperatorio (laboratorio)
Riesgo de linfedema	Bajo	Mayor (10–20%)
Recuperación del brazo	Más rápida	Más lenta

SECCIÓN 4

¿Cómo prepararse?

Los días anteriores a la cirugía son importantes. Seguir estas indicaciones ayuda a que la operación transcurra con seguridad y a que la recuperación sea más rápida.

ANTES DE LA CIRUGÍA

- Ayuno de 6–8 horas antes de la cirugía:** no coma ni beba nada (incluida agua). Su equipo le indicará la hora exacta.
- Medicamentos:** informe a su cirujano/a y al anestésista de todos los medicamentos que toma. Algunos deben suspenderse días antes.
- Higiene:** dúchese la noche anterior con el jabón antiséptico indicado en la consulta de enfermería. No aplique cremas, desodorante ni perfume en el pecho o la axila.
- Ropa cómoda:** lleve ropa holgada que se abroche por delante. Deje en casa joyas y accesorios.
- Marcaje previo (si se ha indicado):** en algunos casos se realiza una prueba de localización el día anterior o el mismo día de la cirugía si esta se programa por la tarde.
- Prepare su estancia:** el ingreso es de 1–2 días. Traiga ropa cómoda de recambio que se abroche por delante y artículos de aseo.

⚠ Importante: Si tiene fiebre, un resfriado importante o cualquier problema de salud agudo los días previos, comuníquese a su equipo cuanto antes. Puede ser necesario reprogramar la cirugía.

SECCIÓN 5

¿Qué ocurre el día de la operación?

La mastectomía se realiza con anestesia general y tiene una duración aprox. de 1 a 1,5 h. dependiendo de si se hace también cirugía axilar. Esto es lo que sucede paso a paso:

1

Llegada al hospital

Admisión y preparación. El equipo de enfermería la recibirá, comprobará su historial y resolverá cualquier duda de última hora.

2

En el quirófano

Anestesia general. Se le coloca una vía intravenosa y se administra la anestesia. La inducción es rápida y progresiva; no sentirá ni recordará nada durante la operación. El anestésista monitorizará sus constantes vitales.

3

Cirugía (1–1,5 h aprox.)

Extirpación de la mama y cirugía axilar. Se extirpa la totalidad del tejido mamario. En el mismo acto se realiza la biopsia del ganglio centinela o, si está indicada, la linfadenectomía axilar. El análisis del tejido se realiza en el laboratorio tras la cirugía.

4

Cierre

Sutura, drenaje y vendaje. Se cierra la incisión y se coloca uno o dos drenajes (pequeños tubos que evacúan el líquido acumulado). Se aplica un vendaje compresivo. Los drenajes se retiran habitualmente en los primeros días del postoperatorio.

5

Sala de despertar

Recuperación de la anestesia. Pasará entre 30 minutos y 1 hora en la sala de recuperación. Es normal sentir somnolencia, frío o náuseas leves. A continuación pasará a planta, donde permanecerá 1–2 días hasta el alta.

Postoperatorio y recuperación

La mayoría de las pacientes reciben el alta a las 24–48 horas. La recuperación funcional completa suele producirse en 4–6 semanas.

Herida y apósito

Puede mojar la herida desde el día siguiente: lave con jabón neutro y seque muy bien. Aplique Cristalmina u otro antiséptico recomendado y deje al aire o cubra con una gasa.

Dolor

Suele ser moderado y se controla bien con analgésicos orales. Es normal notar tensión, hormigueo o entumecimiento en la zona.

Movilización del hombro

Inicie ejercicios suaves de movilidad del hombro y brazo desde el día siguiente a la cirugía. Fundamental para prevenir contracturas y linfedema.

Vuelta al trabajo

Su médico de familia, basándose en las recomendaciones del equipo quirúrgico, gestionará el alta laboral según su actividad.

Drenajes

Llevará uno o dos drenajes al alta. Son tubos finos que recogen el líquido de la zona operada. Su equipo le explicará cómo manejarlos y cuándo acudir para retirarlos (generalmente en los primeros 7–14 días).

Ropa y prótesis

Hasta que decida sobre la reconstrucción, puede usar una prótesis mamaria externa. Su equipo le orientará sobre las opciones disponibles y los establecimientos especializados donde puede asesorarse.

Conducción

Espere al menos 2–3 semanas o hasta que pueda mover el brazo con total libertad y sin dolor.

Actividad física

Caminatas suaves desde la primera semana. Evite esfuerzos con el brazo del lado operado durante 4–6 semanas.

Consulte a su equipo si nota alguno de estos síntomas

Fiebre superior a 38 °C · Enrojecimiento, calor intenso o supuración en la herida · Inflamación progresiva o dolor intenso en el brazo · Sangrado abundante por el drenaje · Dificultad para respirar o dolor en el pecho.

Recibirá los **resultados del análisis anatomopatológico** en la consulta de seguimiento, aproximadamente a los **12–15 días desde la fecha de la cirugía**. En esa visita, su equipo planificará los pasos siguientes de su tratamiento.

Preguntas frecuentes

P ¿Por qué no me han ofrecido cirugía conservadora?

La cirugía conservadora no siempre es posible o la más adecuada. Las razones más frecuentes son: tumor grande en relación al tamaño de la mama, tumor en varios cuadrantes, imposibilidad de obtener márgenes libres, o contraindicación para la radioterapia posterior. En algunos casos también es la preferencia de la paciente tras recibir información completa.

P ¿Podré hacerme una reconstrucción en el futuro si ahora no me la hago?

Sí. No realizar la reconstrucción ahora no cierra ninguna puerta. La reconstrucción diferida es una opción perfectamente viable. Muchas pacientes prefieren esperar a completar todos los tratamientos oncológicos antes de tomar esta decisión.

P ¿Qué es el linfedema y cómo puedo prevenirlo?

El linfedema es una hinchazón del brazo causada por la alteración del drenaje linfático tras la linfadenectomía. Para reducir su riesgo: evite cargar pesos excesivos con el brazo del lado operado, no permita que le saquen sangre ni le pongan tensión en ese brazo, y protéjase de cortes o quemaduras. Su equipo le proporcionará pautas detalladas.

P ¿Necesitaré tratamiento complementario después de la cirugía?

En la mayoría de los casos, sí. El tipo de tratamiento dependerá de las características del tumor y de los resultados del análisis anatomopatológico. Su equipo multidisciplinar lo planificará en la consulta de resultados.

P ¿Tendré mucho dolor después de la operación?

El dolor suele ser moderado y se controla bien con analgésicos orales. Es habitual notar sensaciones de tensión, hormigueo o entumecimiento en la zona de la cicatriz y el brazo. Estas sensaciones suelen mejorar con el tiempo y con la fisioterapia.

P ¿Cómo puedo conseguir una prótesis mamaria externa?

Existen establecimientos especializados en ortoprótesis mamaria donde puede obtener asesoramiento personalizado sobre el tipo de prótesis más adecuado, así como sobre sujetadores y ropa adaptada. Su equipo de enfermería puede orientarle y facilitarle la información necesaria. Consulte también con su médico sobre las opciones de cobertura disponibles según su situación.

Este documento es material educativo de apoyo y no reemplaza la información y recomendaciones individualizadas de su equipo médico. Ante cualquier duda, consulte siempre con su cirujano/a o equipo de enfermería. El mejor consejo que podemos darle es que haga mucho caso a sus médicos.



Somos los cirujanos del cáncer

Los cirujanos participamos en el 95% de todos los tratamientos del cáncer. SEOQ es la sociedad que nos reúne en España

www.seoq.org

