Cirugía Estética-Plástica

DR. PEDRO ARQUERO SALINERO

Implantes mamarios en casos complicados

Proponer el estudio de los implantes mamarios en casos complicados equivaldría a suponer que los hay sencillos. Sin embargo, en este tipo de intervenciones el factor sorpresa nos impide hablar de casos fáciles con resultados seguros. Esto se debe tanto a las diferentes respuestas a cuerpo extraño como a la infrecuente posibilidad de encontrar una paciente con las mamas ideales. De todas maneras, no es menos cierto que determinadas situaciones incrementen la dificultad. En la práctica podemos decir que son implantes difíciles todos los que se complican y aquellos cuyas características iniciales dificultan la obtención de un buen resultado.

Texto:
Dr. Pedro Arquero
Dra. N. Torres
Hospital Ruber.
Clínica Fátima
de Vigo.

Cuando una paciente acude a nuestra consulta solicitando un aumento de las mamas, lo primero que hacemos es clasificar el tipo de alteración. En la exploración debemos valorar si ha sido operada anteriormente, si ambas mamas se parecen y su forma es normal, qué tamaño tienen y la posición de los pezones o del complejo areola-pezón (CAP). Es necesario verificar la posición simétrica de los pezones (a) y surcos (b1, b2), las distancias entre la escotadura esternal y el pezón (c) e intermamilar, (a) y la separación entre las mamas a nivel esternal (d). (Imagen 1).

Para facilitar su estudio diferenciamos tres grupos de pacientes según el tamaño inicial de las mamas tomando como indicador la formación del surco inframamario. Así, el tamaño puede ser: Mínimo (M1): sin surco; Pequeño (M2): este se insinúa, y Moderado (M3): se marca el surco.

Por otra parte, en cada uno de estos grupos consideramos cuatro variantes según la posición del complejo areola-pezón respecto a la línea media clavicular y al surco inframamario. Dicha posición puede estar: Centrada en la mama (C1) -vertical y horizontalmente-, Lateralizada (C2) –horizontalmente-: si se encuentra lateralmente a la línea media clavicular, Bajo (C3) (verticalmente) si presenta una ptosis leve, es decir, que esta pueda ser compensada con la colocación de prótesis y Muy bajo (C4), si el pezón ésta a la altura del surco o por debajo del mismo. La localización horizontal puede variar dependiendo, especialmente, de las distancias intermamarias a nivel esternal e intermamilar, mientras que la vertical dependerá de la distancia pezón surco submamario.

Antes de profundizar en el tema es conveniente repasar brevemente la normalidad: Diremos, por tanto, que una paciente presenta mamas de características normales (1) cuando estas son simétricas, se encuentran en la posición correcta y tienen una forma adecuada. Los complejos areola-pezón han de estar a la misma altura y centrados en la mama y la paciente no ha de presentar alteraciones torácicas ni de la columna vertebral. (Imagen 2).

Nuestra conducta

La técnica utilizada depende de cada cirujano si bien el resultado, en nuestra opinión, ha de bus-

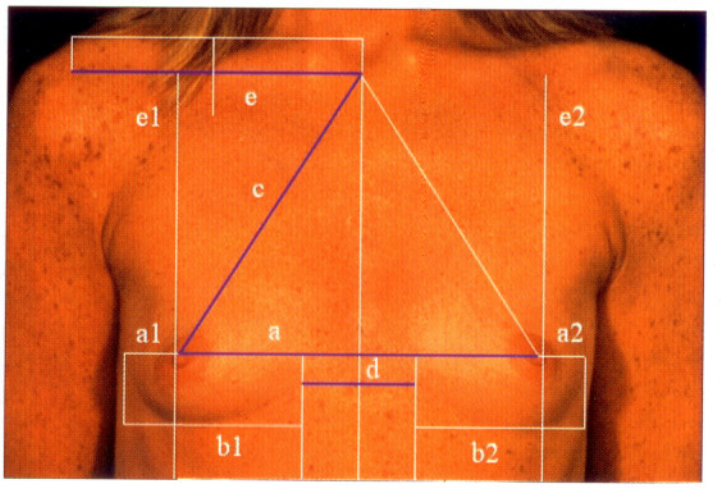


Imagen 1:
Estudio preoperatorio en los implantes mamarios:
a1 y a2: altura de los pezones.
a: distancia intermamilar
b1 y b2: altura de los surcos submamarios.
c: distancia desde la escotadura esternal al pezón.
d: distancia intermamaria.
e1 y e2: posición del pezón respecto a la línea media clavicular (e).

car la naturalidad, es decir, una forma bella, un volumen adecuado, simetría y movilidad.

El aumento primario de las mamas exige una cuidadosa evaluación de la morfología mamaria y de la anatomía de la pared torácica (2) y presenta un amplio número de variables: En primer lugar es fundamental entender los deseos de la paciente así como valorar sus características y limitaciones titulares: Anchura de la base glandular, adecuada cobertura cutánea y capacidad de distensión anterior por tracción de la piel, distancia areola y pezón al surco inframamario bajo tensión máxima.

Además, es importante evaluar la evolución y dinámica a largo plazo del implante y de los tejidos blandos. Especial cuidado deberemos prestar en los casos de mamas asimétricas y en aquellas con una cobertura cutánea fina, con deficiente polo inferior o con ptosis.

Otras variables a tener en cuenta son el tamaño y la forma del implante, la vía de abordaje y la localización y dimensiones del bolsillo.

Respecto a la técnica quirúrgica preferimos realizar la disección del bolsillo bajo visión directa de manera cuidadosa y precisa minimizando el trauma tisular y el sangrado. Para evitar acúmulos de sangre o serosidad, que favorecen la contractura capsular, dejamos drenajes de rutina.

Anestesia

La inclusión de prótesis para el aumento mamario puede ser realizada bajo anestesia general o local con sedación. Preferentemente utilizamos esta última quedando la paciente en observación durante unas horas o hospitalizada hasta el día siguiente.

Tamaño de las prótesis

La elección del tamaño es una cuestión delicada que requiere detenerse con la paciente para llegar a entender que es lo que realmente espera de la operación. En principio no hay un volumen que convenga sino el deseo de alcanzar unas formas que se relacionan con la imagen de la feminidad que la paciente posea. Las tallas de sujetador son un mal indicador. El método que utilizamos para definir el tamaño es colocar prótesis de diversos volúmenes en un sujetador sin relleno hasta encontrar aquellas con las que mejor se encuentre.

Tipo de prótesis

Actualmente utilizamos preferentemente las prótesis rellenas de gel de silicona aunque, en determinadas ocasiones, también las recubiertas con poliuretano y las rellenas de suero fisiológico. Para nosotros cada una tiene una indicación y sólo podemos determinarlo estudiando cada caso en concreto.

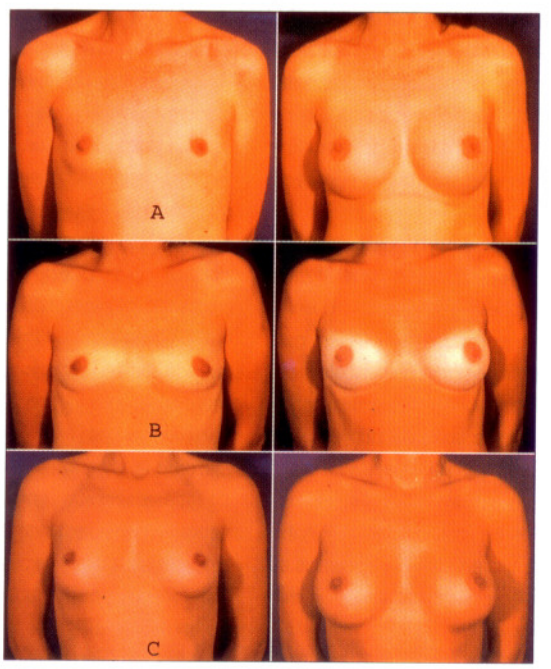


Imagen 2:
Clasificación para aumento de las mamas normales según su tamaño tomando como indicador la definición del surco mamario y la posición del CAP respecto a la línea media clavicular.
A: Tamaño mínimo (sin surco) y complejo centrado (M1-C1).
B: Tamaño pequeño (se insinúa el surco) y complejo lateralizado (M2-C2).
C: Tamaño moderado (se marca el surco) y complejo alto y lateral (M3-C2).

Las prótesis de silicona han pasado todas las pruebas necesarias para ser consideradas como seguras. No obstante, nosotros aconsejamos cambiarlas entre los 8 y 10 años después de colocadas para prevenir su rotura por erosión y evitar que su contenido entre en contacto con la cápsula.

Las de suero no necesitan esta precaución pues en caso de que se desgaste la bolsa que contiene el suero su contenido es reabsorbido. Sin embargo, tienen otros inconvenientes: Pueden deshincharse parcial o totalmente una o ambas prótesis; son más duras al tacto y a veces provocan ciertas sensaciones térmicas (frío local) o sonoras (sonido del movimiento de agua si quedan burbu-

jas de aire).

Respecto a la superficie lisa o texturizada preferimos colocar en el plano submuscular implantes lisos puesto que en esta posición la glándula tiene su propia movilidad la cual se verá acentuada por el deslizamiento sobre la parrilla costal de las prótesis lisas. Si colocamos la prótesis encima del músculo, directamente bajo la glándula, utilizamos prótesis texturizadas, ya que disminuyen el índice de contractura capsular (3). En estos casos preferimos implantar prótesis revestidas de poliuretano que provocan la formación de una cápsula mucho más blanda (Imagen 3).

Finalmente, no creemos adecuada la utilización generalizada de prótesis anatómicas (4) en el plano submuscular puesto que en esta posición el músculo pectoral es mucho más grueso y capaz, por si solo, de proyectar el polo superior de la mama. Además, aumentan las posibilidades de malposición por rotación. Sin embargo, indicamos su empleo en la reconstrucción mamaria.

Vía de acceso

Respecto a la incisión podemos decir que tenemos tres vías principales de acceso para la colocación de prótesis de mama:

1. La areola: Nosotros optamos por la colocación a través del borde inferior de la areola (periareolar inferior) por ser una zona de contraste de tonos de piel. Incluso en pacientes con piel morena o areolas oscuras recomendamos exponer la cicatriz todavía inmadura (hiperémica) al sol o rayos ultravioleta, puesto que normalmente ésta se pigmenta y se camufla todavía más. Son también interesantes la vía trans-areolo-mamilar y la trans-areolo-peri-mamilar

2. La axila: Optamos por ésta vía cuando implantamos prótesis de suero, o la paciente rechaza la incisión areolar. Ésta vía exige un especial cuidado para no dañar estructuras nobles de la zona y plantea cierta dificultad para liberar las inserciones musculares y la hemostasia.

3. El surco mamario: En implantes primarios no utilizamos esta vía porque aunque la cicatriz sea de buena calidad siempre será más visible que en las otras dos localizaciones y porque, en algunos casos, puede darse una cicatrización hipertrófica o queloide (Imagen 4). Únicamente cuando existen cicatrices previas realizadas por otro cirujano aprovechamos las mismas. Aunque la vía submamaria pueda facilitar técnicamente la intervención, consideramos que sólo estaría indicada en pacientes con areolas muy pequeñas o cuando las prótesis elegidas son muy grandes. También puede ser considerada su utilización cuando las prótesis se colocan a nivel subglandular puesto que la caída de la mama favorecerá que la cicatriz quede más oculta.

Posición de las prótesis

De rutina preferimos la colocación de las prótesis a nivel submuscular completo (músculo pectoral mayor, serrato y oblicuo externo), con desinsercción muscular a nivel de esternón y polo inferior de la mama me-

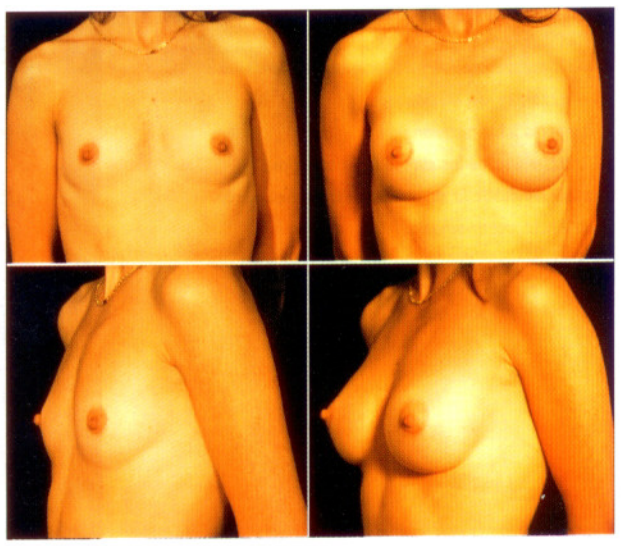


Imagen 3: *Paciente con hipoplasia mamaria tipo M1-C2 (sin surco mmario y CAP lateralizado y alto).*
Fueron colocadas prótesis de poliuretano a nivel suglandular vía areolar de 220-220 cc.
Obsérvese la escoliosis que provoca asimetria de posición de los CAP.

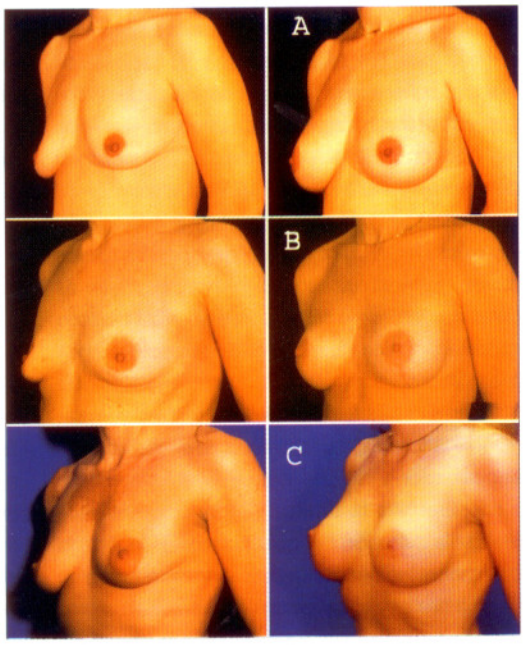


Imagen 6:
Diferentes tipos de hipoplasia mamaria con ptosis (M3-C4).
A: 36 años, ptosis leve que resolvemos con la inclusión de prótesis de silicona (260-260), lisas, submusculares, vía areolar.
B: 37 años, ptosis cutánea. Mastopexia vertical con prótesis (180-180).
C: 31 años, ptosis glandular. Matopexia con prótesis (275-275).

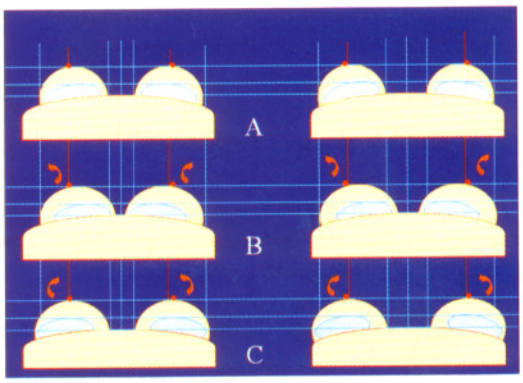


Imagen 5: *Podemos utilizar la confección de un bolsillo medial o lateral para compensar una distancia intermamaria excesiva o un CAP lateralizado. Cuando esta distancia es pequeña y el CAP esta centrado (A izquierda), la colocación de las prótesis proyectará los pezones hacia delante manteniendo su posición. Si, por el contrario, es amplia y la posición de los CAP esta lateralizada (A derecha) la colocación centrada de las prótesis provocaría una acentuación de la lateralización por lo que en estos casos es necesario recurrir a la creación de un bolsillo más lateral que compense dicha situación al llevar los pezones hacia dentro (C derecha).*

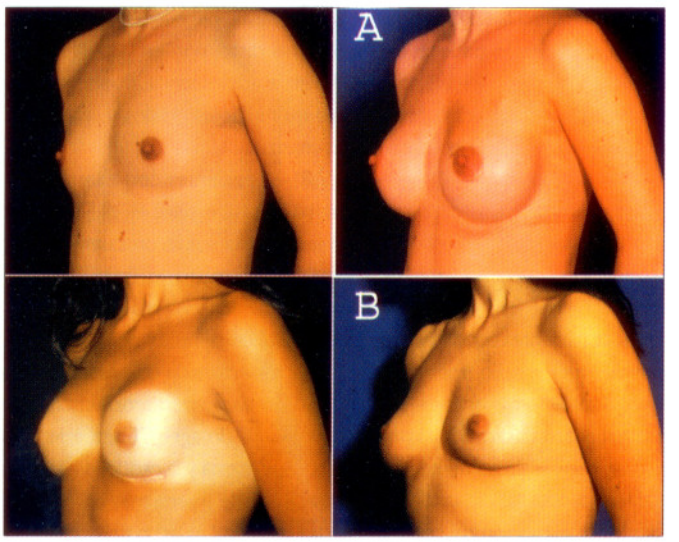


Imagen 4:
Diferentes vías de acceso para la localización de prótesis mamaria y sus posibles complicaciones a nivel de la cicatriz.
A: 27 años, prótesis de 350-350 y cicatriz evidente en la areola.
B: 35 años, prótesis subglandular (175-175) con cicatriz queloide en el surco tratadas con corticoides. Cambiamos las prótesis por otras de mayor tamaño (220-220) a nivel submuscular y revisamos las cicatrices.

diante bisturí eléctrico.

La situación submuscular (5) disminuye el porcentaje de contractura capsular, separa la prótesis de la glándula y proporciona un aspecto del pecho mucho más natural, evitando la redondez artificial del polo superior y la rigidez de los mismos. También minimiza las retracciones de la cápsula que se manifiestan en la piel a modo de ondas (rippling).

En pacientes con gran actividad muscular la colocación en este plano puede provocar que la prótesis ascienda por lo que si desean continuar ejercitando su musculatura pectoral optamos por la colocación de prótesis de silicona recubiertas con poliuretano (6) por encima del músculo. La colocación de la prótesis encima del músculo evita su rozamiento continuo por lo que la duración de la prótesis será mayor.

En los casos de ptosis leves o incluso moderadas la ubicación subglandular pueden compensar dicha caída si bien favorece, a medio-largo plazo, una acentuación de la ptosis debida al peso de la unidad glándua-prótesis sobre la piel.

El despegamiento

Tanto en el emplazamiento submuscular como en el subglandular el despegamiento del bolsillo es fundamental puesto que de él depende la posición de la prótesis y con ella, la proyección de la glándula y la posición y dirección del pezón. Esto hace que debamos realizar en cada caso un tipo de despegamiento determinado, el adecuado para obtener el resultado que buscamos.

Cuando la distancia intermamaria es pequeña y el CAP esta centrado o medializado, la colocación de las prótesis proyectará los pezones hacia delante manteniendo su posición. Si, por el contrario, esta distancia es amplia y la posición de los CAP está lateralizada la colocación centrada de las prótesis provocaría una acentuación de la lateralización. En estos casos es necesario recurrir a la creación de un bolsillo más lateral que compense dicha situación al llevar los pezones hacia dentro (Imagen 5).

Hipotrofia con ptosis

En los casos leves la hipotrofia con ptosis puede ser resuelta mediante la colocación de implantes (Imagen 6A), sin embargo, cuando la expansión que provocan las prótesis no es suficiente para compensar el exceso cutáneo se hace necesaria la resección de dicho exceso para adecuar la cobertura al nuevo volumen mamario.

Cuando la ptosis es importante (Imagen 6B Y 6C) preferimos la realización de una plastia glandular tipo Arie-Pitanguy con despegamiento completo de la glándula y medialización del polo externo. En casos extremos recurrimos a la técnica en T con cicatriz horizontal reducida (nunca debe sobrepasar los límites ocultos por la posterior caída del polo inferior de la mama).

La mastopexia con prótesis, por tanto, añade un factor de dificultad importante a los implantes mamarios puesto que en estos casos es necesario valorar el descenso posterior de las mamas que normalmente presentan una piel flácida y con estrías.

Asimetría mamaria

La asimetría entre los dos lados del cuerpo es absolutamente normal y convivimos con ella sin apenar percibirlo. En los pechos esto es todavía más evidente de manera que suele decirse que ninguna mujer tiene los dos pechos iguales. Solo llega a ser un verdadero

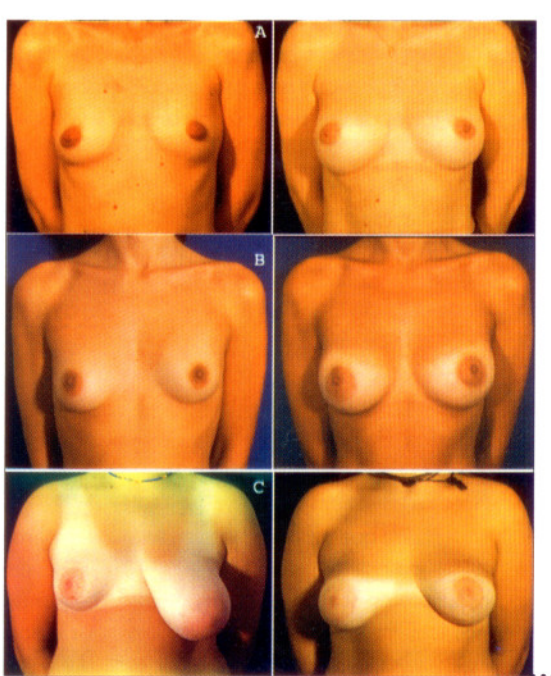


Imagen 7: *Diferentes grados de asimetría mamaria de tamaño.*
A: mínima: 28 años, (M2-C2); asimetría de tamaño y posición del surco; no es necesario corregir; prótesis de 120-120.
B: Moderada, 25 años (M2-C3); asimetría de tamaño, posición del surco y CAP: prótesis de 240-275.
C: Importante: 18 años, (M3-C3/Ht: Hipetrofia): Asimetría severa que compensamos mediante una prótesis de 140 y reducción de la mama contralateral.

problema cuando la diferencia es muy manifiesta y lo es hasta tal punto que provoca, en quien lo padece, una verdadera distorsión en la percepción de su cuerpo y en su feminidad, sobre todo en la adolescencia. Puede ser de origen congénito o adquirido, presentarse en múltiples grados y afectar al tamaño, a la forma o a la posición de las mamas.

Encontramos asimetría mamaria (7,8) en pacientes con alteraciones de la columna vertebral y torácicas, en las mamas tuberosas, en el Síndrome de Poland, en aquellas pacientes que en su infancia sufrieron quemaduras, infecciones, cirugías o traumatismos en el botón mamario (que alterarán su desarrollo posterior) y en aquellas que han sufrido una mastectomía.

Pocas pacientes acuden a nuestra consulta únicamente por presentar una asimetría mamaria. Lo normal es que seamos nosotros quienes hagamos el diagnóstico, determinemos el grado de asimetría, e intentemos corregirla: La corrección de la asimetría mamaria importante (Imagen 7C) puede llegar a necesitar realizar un aumento mamario en una mama y la reducción de la contralateral, siendo, quizás, una de las operaciones de mama más complejas por la diferente evolución de cada una de las mamas. Las asimetrías moderadas (Imagen 7B) pueden ser compensadas mediante la utilización de prótesis de diferente volumen y proyección o la confección de bolsillos asimétricos. En las leves no es recomendable intentar su corrección. (Imagen 7A)

Con frecuencia las alteraciones de la columna vertebral (cifosis y escoliosis) y del tórax (pectus excavatum y en quilla) (Imagen 8) ocasionan asimetrías mamarias aparentes o incrementan las reales. Pueden ser de intensidad leve, moderada o importante.

La forma del tórax es dada por la columna vertebral y por la parrilla costal y equivale, respecto a las mamas, a los cimientos de un edificio: Su posición determinará la posición de las mamas. Para su equilibrio, además de los procedimientos antes expuestos, también podemos recurrir a la formación del surco inframamario de manera asimétrico o a la modificación del emplazamiento de la prótesis de tal manera que visualmente disimule la alteración

Habitualmente las pacientes con mamas tuberosas o tubulares (Imagen 9) son portadoras de asimetría mamaria. Estas mamas normalmente son hipotroficas y presentan una base estrecha, una altura excesiva y un estrangulamiento anular localizado en el borde externo de la areola que provoca la deformidad de la misma. Su tratamiento consiste en la colocación de una prótesis submuscular, resección anular del exceso cutáneo y modelado de la glándula mediante incisiones radiales o plastia glandular

Los implantes en la reconstrucción mamaria son un apartado especial y únicamente comentaremos la mastectomía subcutánea. Utilizamos la vía areolar (9) en las mamas pequeñas que aunque dificulta la exéresis de la glándula permite una reconstrucción con una cicatriz mínima (Imagen 10). En los casos de mamas grandes preferimos la incisión vertical dejando que la piel se retraiga durante unos meses para después realizar la retirada de la piel excedente a través de una resección periareolar y vertical. Es sorprendente la capacidad de retracción cutánea. Es muy importante evitar esta intervención en pacientes fumadoras por su alto riesgo de necrosis cutánea. Esta indicada en la profilaxis del cáncer de mama, en las mastopatías de difícil control y en la mastodinia severa.

Mamoplastia de aumento secundario

Los implantes que se han complicado son causa de verdaderos desastres y presentan gran dificultad para su corrección.

Cuando acude a nosotros una paciente que presenta algún tipo de complicación tras haberse sometido a una operación de aumento de pecho es necesario reconocer en ella a una persona con un alto grado de frustración. Esto es debido a que esta intervención es una de las más gratificantes y de efectos más inmediatos y su fracaso supone similar desilusión. Por esto, si tomamos la decisión de realizar una mamoplastia de aumento secundaria deberemos tomar ciertos cuidados, especialmente a la hora de establecer las

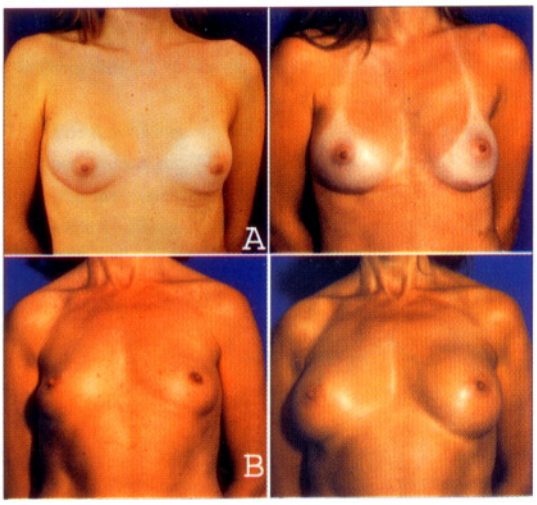


Imagen 8:
Alteraciones del tórax.
A: 23 años. Pectus excavatum asimétrico con hundimiento de la parrilla costal derecha y portadora de prótesis de aceite de soja de 160-120 vía submamaria.
Retiramos por la misma incisión dichas prótesis, colocando en el plano submuscular otras de silicona 350 perfil alto y 275 perfil bajo.
B: 49 años. Tórax en quilla (M2-C2) y prótesis de 275-275.

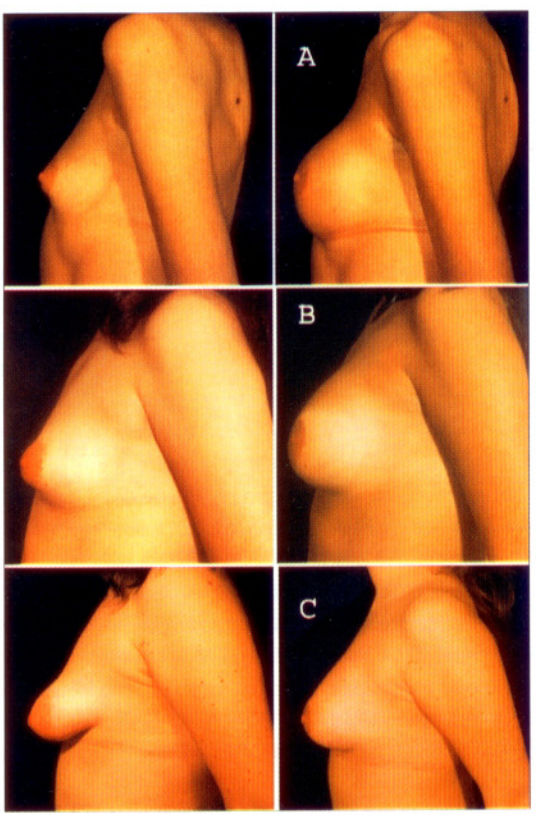


Imagen 9:
Diferentes grados de mama tuberosa o tubular.
A: Leve: 30 años (M1-C1): Colocamos prótesis de 160-140 vía areolar inferior y realizamos incisiones radiales en la glándula.
B: Moderada: 25 años (M2-C2): Prótesis de suero fisiológico (240-200) con resección cutánea periarolar y plasia glandular.
C: Importante: 23 años (M3-C3). Prótesis de silicona submusculares (200-200) con resección cutánea periarolar y plastia glandular.

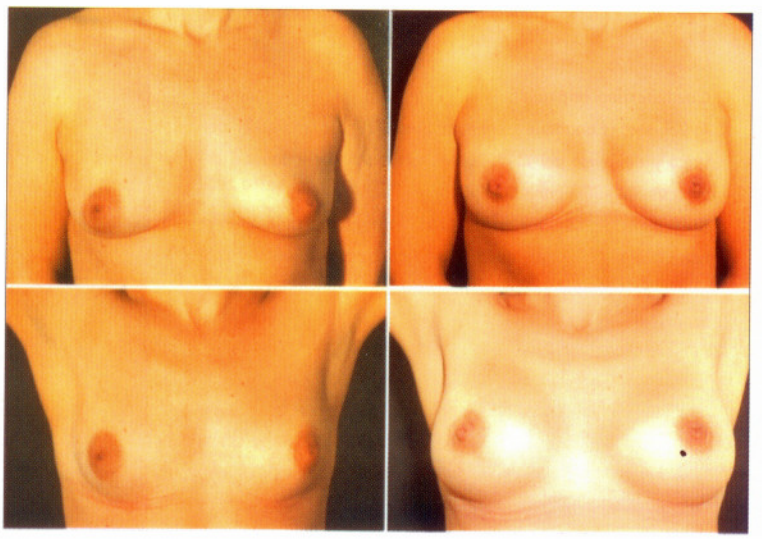


Imagen 10:
Mastecomía subcutánea vía areolar inferior en paciente de 41 años con colocación de prótesis de silicona de perfil alto (500-500) a nivel submuscular.

metas a conseguir:

Concentrándonos en las complicaciones propias de los implantes con repercusiones estéticas (10) y relacionándolas con cada una de las variables podemos resumir:

- Paciente: insatisfacción con el tamaño o resultado.
- Mama: alteraciones o asimetría del tamaño, forma o posición, atrofia glandular y doble mama.
- Piel: Estiramiento y adelgazamiento de la piel, ptosis, ondas cutáneas y cicatrices evidentes.
- Prótesis: contractura capsular; bordes, ángulos o forma de la prótesis visibles o palpables; posición inadecuada: ascenso, desplazamiento lateral (con ensanchamiento de la distancia intermamaria), medialización excesiva, deslizamiento inferior; etc.
- Surco: elevación, descenso, alteraciones, doble surco.
- CAP: alteraciones de la posición, retracciones.

Las más frecuentes son debidas a alteraciones de la cápsula (Imagen 11), (contractura capsular y laxitud capsular) o al desplazamiento o ruptura de las prótesis. Los procedimientos más comunes para su tratamiento son la capsulotomía, la capsulectomía, la capsulorrafia y el cambio de prótesis o de su emplazamiento

Contractura capsular

La contractura capsular es la principal complicación de los implantes mamarios (Imagen 12). Ante tal posibilidad nosotros hemos establecido unas pautas de actuación que dependerán, en primer lugar, de la localización de la prótesis (11) y, secundariamente, del tipo de prótesis.

Si la colocación ha sido realizada en el plano subglandular aconsejamos la recolocación de las prótesis en el plano submuscular, el elegido habitualmente por nosotros. Si ya se encuentran en esta ubicación la contractura capsular severa no es frecuente y suele localizarse en las áreas interna, externa y, principalmente, en el polo inferior (zona con posición subcutánea de la prótesis). Cuando afecta a éste se produce una elevación del surco y el descenso del CAP. Por el contrario, si la contractura se localiza en el polo lateral de la mama la prótesis adquiere una posición medial y se lateraliza el CAP.

Para la prevención y tratamiento de la contractura capsular seguimos las siguientes pautas: La inclusión de implantes mamarios lisos exige la realización en los primeros meses de masajes profilácticos. Si los masajes han sido inútiles recomendamos añadir a los mismos ultrasonidos en las áreas de fibrosis y tomar Vit. E entre 800 y 1.200 UI. Cuando afecta al polo inferior recomendamos no utilizar sujetador para evitar que la presión del mismo ocasione el cierre inadecuado de la cápsula.

Si esto tampoco fuera suficiente para resolver el endurecimiento, proponemos la capsulotomía abierta. Bajo anestesia local - con o sin sedación - realizamos una pequeña incisión en el surco submamario y mediante endoscopia procedemos a seccionar la cápsula de manera que la prótesis vuelva a su lugar. En estos casos dejamos un dreno que nos sirve para evitar el acúmulo de sangre o serosidades y, antes de ser retirado, para inyectar una solución de Vit. E, Triancinolona y Gentamicina que inhiben la formación de la cápsula. A esto añadimos

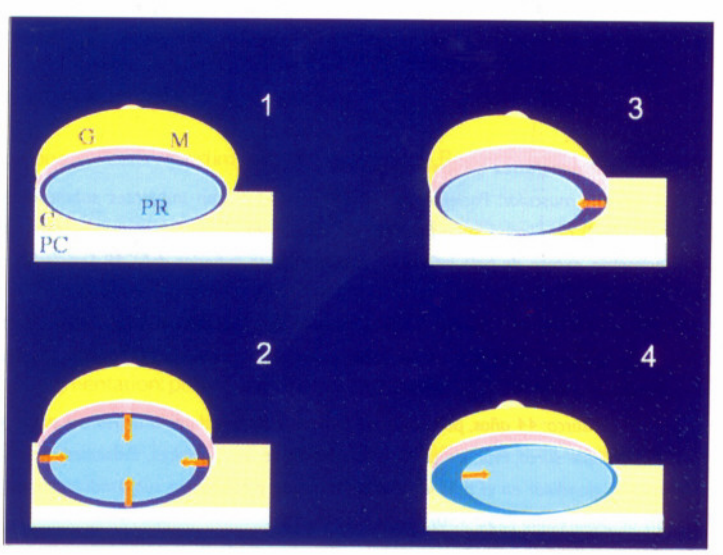


Imagen 11:
Complicaciones provocadas por la cápsula.
1. Formación normal de la cápsula alrededor de la prótesis: G: Glándula; M: Músculo; C: Cápsula; PR: Prótesis; PC: parrilla costal.
2. Contractura capsular grado IV de Baker con deformidad de la mama.
3. Contractura capsular inferior con elevación del surco y descenso del CAP. 4. Deslizamiento inferior de la prótesis por laxitud de la cápsula.

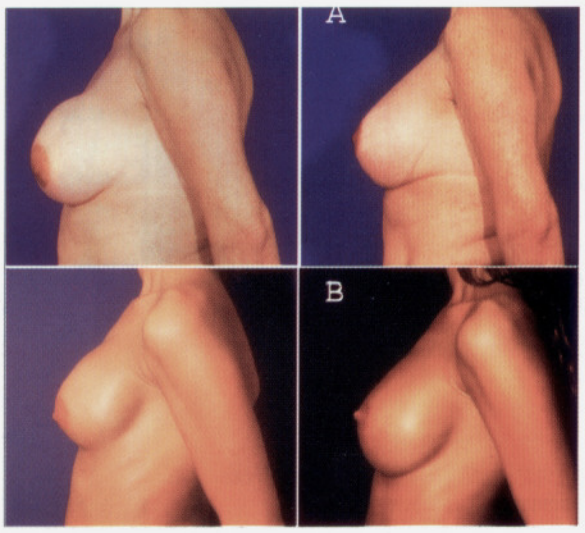


Imagen 12:
Contractura capsular.
A: 25 años. Contractura capsular grado IV con elevación del surco y descenso del CAP. Capsulotomía inferior y cambio de prótesis 300-300 por 450-450.
B: Paciente de 45 años sometida a mamoplastia de aumento hace 4 años (200-200) que presenta contractura muscular con ptosis. Realizamos capsulotomía bilateral y mastopexia en T invertida.

Vit.E oral durante tres meses.

Cuando la cápsula es muy importante (Grado III y IV de Baker) puede ser necesario llevar a cabo una capsulectomía y en la contractura capsular repetida utilizamos las prótesis revestidas de poliuretano cuyo índice de contractura es mínimo.

Laxitud capsular (bottoming out)

Contrariamente a lo que ocurre en la contractura capsular, la formación de una cápsula muy fina provocará la incapacidad de la misma de soportar el peso de la prótesis por lo que esta tenderá a caer verticalmente y deslizarse lateralmente. La posición baja de la prótesis causa malposición de la glándula mamaria, que presentará exceso de polo inferior; y el desplazamiento en dirección contraria del CAP que adquiere una posición excesivamente alta (Imagen 13A).

Para su prevención -cuando en la primera semana de post-operatorio observamos una leve caída de la prótesis recomendamos utilizar sujetadores que definan el surco y ejerzan cierta presión. Su tratamiento, por otra parte, requiere la realización de una capsulotomía abierta de manera que se cree un área cruenta para proceder, seguidamente, a la capsulorrafia con hilo irreabsorvible de manera que mantenga a la prótesis en la posición correcta.

Sinmastia

Es la pérdida del surco intermamario provocada por el desplazamiento medial de las prótesis (Imagen 13B) y normalmente se debe a una excesiva despegamiento a la hora de confeccionar el bolsillo. Para solucionar esta situación recurrimos a la capsulectomía medial abierta seguida de capsulorrafia.

Doble surco (double bubble o snoopy effect)

Es una alteración de la forma de la mama provocada por una situación bicompartimental en la que las prótesis en posición submuscular marcan el surco inferior y la caída de la glándula origina un nuevo surco.

Aunque esto puede ocurrir debido a retracciones cicatriciales a nivel del surco (Imagen 13C) normalmente aparece en pacientes con ptosis moderada o importante -tanto cutánea como glandular- que rechazan una mastopexia, en los implantes de larga duración por

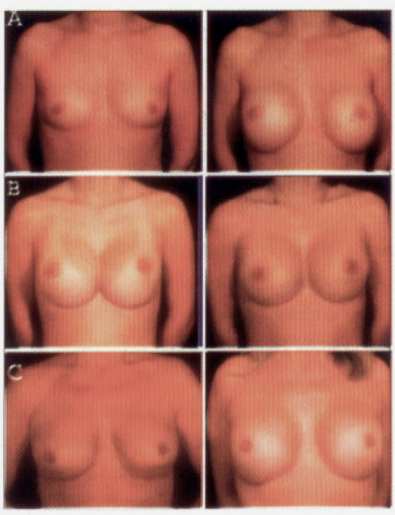


Imagen 13:
Otras alteraciones de los implantes:
A. Laxitud muscular: Paciente de 24 años (M3-C2) con implantes submusculares (400-400) de silicona; superficie lisa; vía areolar: en el post-operatorio presenta leve asimetría, exceso de polo inferior y desplazamiento superior del CAP. Satisfecha con el resultado.
B. Sinmastia: 32 años; corrección de la pérdida del surco intermamario provocada por el desplazamiento medial de las prótesis de suero fisiológico (380-410=, mediante capsulectomía y capsulorrafia medial.
C. Doble surco: 44 años, portadora de prótesis submusculares a través del surco presenta doble surco. Procederemos a la revisión de las cicatrices, incisiones de relajamiento glandular en el polo inferior de la mama y colocación subglandular de prótesis de poliuretano (350-350).

una ptosis posterior de la mama y en los casos de embarazo en pacientes con prótesis submusculares y cobertura cutánea fina. En esta última situación el aumento glandular provoca un exceso de peso que repercutirá sobre la piel que acaba cediendo y provocando el doble surco.

También aparecerá esta alteración en aquellas situaciones en las que exista una disociación entre el diámetro de la prótesis y el de la base de la mama. En estos casos el primitivo surco o el polo inferior de la mama pueden no tener suficiente elasticidad como para acomodarse a la nueva dimensión o arco de una prótesis con excesivo diámetro. Algo similar sucede cuando se produce un descenso exagerado del nuevo surco inframamario en pacientes con polo inferior insuficiente o inelástico. En estos casos puede ser necesario cambiar la prótesis por una menor, elevar el surco o provocar una distensión del polo inferior mediante incisiones de relajamiento sobre la glándula.

Si existe ptosis deberemos realizar una mastopexia adaptando la cobertura cutánea a las nuevas dimensiones de la mama.

La fuga o ruptura del implante relleno de gel de silicona ha dejado de ser un problema importante desde la aparición en el mercado de las prótesis de gel cohesivo. No obstante, todavía deberemos enfrentarnos durante años con pacientes portadoras de prótesis convencionales de silicona.

La ruptura del implante puede ser intracapsular (normalmente debido al desgaste provocado por los años) o extracapsular (provocadas por traumatismo, capsulotomías cerradas, etc.). En el primer caso puede permanecer asintomático durante años mientras que en el segundo aparecerá una reacción inflamatoria alrededor del material que ha salido (siliconoma) que es necesario retirar cuanto antes para evitar mayores desplazamientos. En el primer caso el diagnóstico es más difícil y suele confirmarse mediante resonancia magnética. Si se trata de una prótesis de suero salino, el líquido se reabsorbe sin problemas y su corrección solo supone el cambio de la prótesis.

El cambio de las prótesis es un tema polémico. Desde nuestro punto de vista, es recomendable prevenir la ruptura de la prótesis por desgaste de su superficie.

El cambio de prótesis se realiza de manera sencilla, con anestesia local y no es doloroso ni necesita cuidados especiales en el postoperatorio. Sin embargo, si la prótesis se rompe su contenido de gel de silicona queda en contacto con la cápsula y esto puede provocar contractura capsular severa e incluso facilitar la ruptura de la misma cápsula y la salida del gel de silicona a los tejidos circundantes. En este caso, cuando la membrana de silicona de la prótesis se ha roto y el envoltorio de la gelatina es la cápsula fibrosa, el tratamiento consiste en retirar toda la cápsula con su contenido, intervención extremadamente compleja.

BIBLIOGRAFÍA

1. Westreich M. Anthropomorphic breast measurement: protocol and results in 50 women with aesthetically perfect breast and clinical application. Plast Reconstr Surg 1997 Aug; 100 (2): 468-79.
2. Tebbets JB. A system for breast implant selection based on patient tissue characteristics and implant-soft tissue dynamics. Plast Reconstr Surg 2002; Apr 1;109 (4): 1396-409;discussion 1410-5
3. Hakelius L, Ohlsen L. A clinical comparison of the tendency to capsular contracture between smooth and textured gel-filled silicone mammary implants. Plast Reconstr Surg. 1992 Aug;90(2):247-54.
4. Hobar PC, Gutowski K. Experience with anatomic breast implants. Clin Plast Surg 2001 Jul;28 (3):553-8.
5. Mahler D, Hauben DJ. Retromammary versus retropectoral breast augmentation-a comparative study. Ann Plast Surg. 1982 May;8 (5):370-4.
6. Pitanguy I. Brentano J. Ramalho M. Porto M . Implante de silicone gel com revestimento de poliuretano. Rev Bras Cir. 1990, março-abril, 80(2):119-130
7. Grolleau JL, Lanfrey E, Lavigne B, Chavoin JP, Costagliola M. Breast base anomalies: treatment strategy for tuberous breasts, minor deformities, and asymmetry. Plast Reconstr Surg. 1999 Dec;104 (7):2040-8.
8. Pitanguy I. Amastia and breast asymmetries". The International Journal of Aesthetic Plastic Surgery, 1974.
9. Arquero P, Elbaile M, Lahuerta A. Mastectomía subcutánea. In: Cavalcanti R, Saltz R: Cirurgia da Mama, Estética y reconstructiva. Ed. Revinter; Río de Janeiro, 141-148, 2001.
10. Codner MA, Cohen AT, Hester TR. Complications in breast augmentation: prevention and correction. Clin Plast Surg 2001 Jul;28 (3):587-95;fiscussion 596
11. Puckett CL, Croll GH, Reichel CA, Concannon MJ. A critical look at capsule contracture in subglandular versus subpectoral mammary augmentation. Aesthetic Plast Surg. 1987;11(1):23-8.

CONTESTACIÓN DEL DOCTOR VILAR SANCHO
al artículo "Implantes mamarios en casos complicados" del Doctor Arquero Salinero

Como bien dice el autor en el trabajo titulado: "IMPLANTES MAMARIOS EN CASOS COMPLICADOS", todas las intervenciones de este tipo resultan difíciles de plantear por la gran cantidad de prótesis de diferentes tamaños, diferentes formas y diferentes texturas que existen en el mercado y la variedad infinita de morfologías mamarias y torácicas, resultando al final que cada intervención nos plantea un estudio exhaustivo de todos los parámetros anteriormente citados.

Con respecto al tipo de prótesis, relata que en ocasiones utiliza las recubiertas de poliuretano, que creo, en la actualidad, no están autorizadas para su uso. Hace años cuando se usaron con éxito para evitar la fibrosis capsular muchas pacientes relataban una sensación de ardor o quemazón en las mamas durante varios meses y se comentó que la degradación y eliminación del poliuretano podía producir trastornos renales. En mi experiencia, desde la aparición de las prótesis texturadas, la incidencia de fibrosis capsular, ha disminuido radicalmente, y son las que habitualmente uso, puestas en la mayoría de los casos en posición retromamaria.

Cuando relata su pauta de tratamiento para la contractura capsular, aconseja el uso de ultrasonidos. En mi experiencia, con el uso de este aparato las pacientes relataban molestias y en algunos casos dolores fuertes durante las sesiones y no conseguí, en ningún caso, la disminución de la contractura capsular por lo que dejé de usarlo hace ya 3 ó 4 años. Creo que en las contracturas tipo 3 y 4, la única solución es una capsulotomía cruenta abordando el problema por la misma vía que se usó para poner las prótesis, efectuando una incisiones radiales sobre la cápsula para ampliar la cavidad, después de haber extraído la prótesis y recolocándola posteriormente, teniendo siempre a mano unas prótesis de repuesto por si nos encontramos rota o deteriorada las mismas. Limpiando la cavidad y bañando la prótesis antes de su introducción con polividona yodada, que en mi experiencia, da muy buenos resultados, ya que el uso de triancinolona intracapsular, en algunos casos puede producir una cicatriz cutánea dehiscente como cuando se infiltran los queloides con este material.

Con respecto a la vida útil de las prótesis, pensar que a los 8 ó 10 años con las prótesis modernas, con tres o más capas de cobertura, tienen que cambiarse, es un poco prematuro. Yo aconsejo a mis pacientes que se efectúen, o bien ecografías o bien mamografías, dependiendo de la edad, cada año o cada dos años. En el caso que se visualizara algún fallo del material, proceder a su cambio, pero si se ven íntegras y la paciente no tiene molestias creo que se pueden tener un mínimo de 13 a 15 años.

Es muy interesante, como dice el autor, recomendar a las pacientes no fumar dado el alto riesgo de necrosis cutánea que se produce, sobre todo, en colgajos cutáneos. Es una recomendación que damos a todas las pacientes, tanto en estiramientos de cara, intervenciones mamarias y dermolipectomías abdominales.

En su conjunto, el artículo nos da una idea general muy acertada de todo lo que se puede hacer y todas las complicaciones que podemos tener en este tipo de intervenciones.

DR. JOSÉ MANUEL FERNÁNDEZ

Mamoplastia de aumento

La mamoplastia de aumento es una de las intervenciones de cirugía estética que con más frecuencia nos solicitan las pacientes a los cirujanos plásticos. Igualmente es una de las intervenciones que producen un mayor grado de satisfacción tanto a las pacientes como a los cirujanos que las realizamos. También es cierto que el aumento de mamas es una de las intervenciones de nuestra especialidad que entraña menos dificultades desde el punto de vista técnico para un cirujano plástico con experiencia en cirugía estética.

Texto:
Dr. J. M. Fernández
Clínica de Cirugía Plástica y Estetica

Por esta razón no se debe de dramatizar a la hora de informar a nuestros pacientes en todo lo referente a este tipo de intervención, tanto en lo que se refiere a las características de la misma como en los cuidados postoperatorios; pero tampoco se puede frivolizar para animar a los pacientes a que se operen sin informarles de los efectos secundarios indeseables y complicaciones que nos podemos encontrar.

También sería una frivolidad realizar esta intervención en un lugar inadecuado ya que sólo se debe de llevar a cabo en un quirófano bien equipado, por un cirujano plástico con suficiente entrenamiento y con la colaboración de un anestesista.

Aquí trataremos de dar respuesta a algunas de las preguntas que más suelen inquietar a las pacientes.

Tipo de anestesia

Podemos utilizar anestesia general, bloqueo intercostal o anestesia local.

Siempre que no se emplee anestesia general se hará una sedación apropiada para la intervención y para el bloqueo.

En este punto debemos de informar a las pacientes de las ventajas e inconvenientes de cada tipo de anestesia.

Vías de abordaje

Se reducen a tres: periareolar, surco submamario y axilar: Utilizando estas vías las cicatrices deben de ser casi imperceptibles. Elegiremos la vía de abordaje según las circunstancias de cada paciente. Otras vías preferimos no citarlas por no tener que censurarlas.

Lugar de colocación del implante

También depende de las características de las mamas de cada paciente y de la expenencia de cada cirujano, pudiendo elegir la situación subpectoral o suprapectoral (detrás de la glándula mamaria).

El cirujano con experiencia en esta cirugía no se inclina de forma sistemática por una de estas posibilidades únicamente, pues cada una tiene sus

Superior: Preoperatorio y postoperatorio a los seis meses.
Inferior: Preoperatorio y postoperatorio al año.

ventajas y sus inconvenientes.

Tipo de prótesis

Es otro apartado que se sigue debatiendo. Actualmente existen en el mercado gran variedad de implantes que pueden hacer dudar al cirujano sobre la bondad de cada uno y sembrar el desconcierto en la paciente si está excesivamente informada.

En el momento de elegir el tamaño se debe de tomar en consideración los deseos de la paciente. Si estos deseos son razonables no se planteará ningún tipo de discusión; en caso contrario el cirujano debe de expresar su desacuerdo con argumentos convincentes para que la paciente acepte un volumen aceptable desde el punto de vista estético y que no esté reñido con el sentido común.

En lo que se refiere a la superficie de las prótesis (lisas o texturadas), al contenido (suero salino, gel no cohesivo, gel cohesivo), a la forma (redondas o anatómicas) y a la proyección (perfil bajo, moderado o alto), debe de ser el cirujano el que tome la decisión, ya que al final la paciente lo que le pedirá será un buen resultado estético. Las decisiones que tome el cirujano en este sentido deben de estar fundamentadas en su propia experiencia y no en las modas (pasajeras y a veces de resultados perversos), ni en los reclamos publicitarios de las casas comerciales, que con frecuencia pueden ser engañosas.

Cuidados que minimizan las complicaciones

Las complicaciones que pueden surgir como consecuencia de la cirugía de aumento de senos, se puede minimizar si se tiene en cuenta los siguientes cuidados:

- Cuidar al máximo la asepsia en el acto quirúrgico. Una infección, aunque sea de tipo subclínico, puede conducir al desencadenamiento de una hipertrofia de la cápsula y una posterior contractura de la misma.

- Disección cuidadosa de los tejidos en el momento de labrar el bolsillo donde se ubicará el implante, respetando los planos anatómicos.

- Hemostasia minuciosa. No se debe de proceder a la colocación de una prótesis mientras no se vea una cavidad suficientemente amplia, limpia y seca. Si se tiene la menor duda no hay ningún inconveniente en colocar un drenaje.

Un caso poco afortunado

El caso que presentamos a continuación es un ejemplo de lo que creemos que no se debe de hacer cuando se proyecta un aumento de mamas.

Esta paciente acudió a nuestra consulta dos meses después de ser intervenida de mamas por

Descripción de las imágenes:

En este caso podemos ver diferentes imágenes de una misma paciente que fue operada por otro cirujano dos meses antes de ser vista en nuestra consulta.

Al realizar la exploración pudimos comprobar que lo que consideraba como unas costras, no eran otra cosa que las prótesis, de superficie rugosa, que estaban en proceso de extrusión.

otra persona. Según la interesada, presentaba secreción por ambas mamas a través de las incisiones realizadas para colocar las prótesis; posteriormente estas zonas se recubrieron de costras que no mejoraron con los tratamientos que le recomendaba su médico por teléfono (ya que residían en lugares muy distantes).

Al realizar la exploración pudimos comprobar que lo que consideraba como unas costras no eran otra cosa que las prótesis, de superficie rugosa, que estaban en proceso de extrusión.

En síntesis podemos decir que en este caso desafortunado coincidieron dos errores graves, uno por parte de la paciente (en cierto modo disculpable) y otro achacable únicamente a quien realizó la intervención. La paciente buscó con ahínco, vía telefónica, a quien pudiese operarla al menor precio, y lo encontró en el punto más distante de la geografía española desde su lugar de residencia. No le importaron las molestias ni los gastos de desplazamiento; tampoco se interesó por la cualificación de quien iba a operarla.

Los errores cosméticos por el supuesto cirujano quedan de manifiesto en las imágenes del postoperatorio que presentamos.

Como decía al principio, aunque no magnifiquemos las dificultades de tipo técnico de esta cirugía, tampoco se puede frivolizar.

CONTESTACIÓN DEL DOCTOR VILA-ROVIRA
al artículo "Mamoplastia de aumento" del Doctor J. Manuel Fernández

El artículo del Dr. Jose Mª Fernández, me parece una síntesis estupenda del difícil tratamiento de Mamoplastia de Aumento tan solicitado en estos últimos años. Resume perfectamente los tipos de anestesia, vías de abordaje, lugar de colocación del implante, y tipos de prótesis, que son todos los parámetros que hacen que tomemos la decisión más adecuada para conseguir lo que realmente viene buscando la paciente, que es un resultado estético completamente natural.

Es verdad que es una intervención que tiene un riesgo de un tanto por ciento entre un 3 y 6% de retracciones capsulares y que el Dr. Fernández, explica en su artículo, los cuidados que minimizan dichas complicaciones, como asepsia, hemostasia minuciosa, y disección cuidadosa.

El caso poco afortunado que muestra, verdaderamente resume la incultura que todavía existe en nuestra Sociedad sobre la Cirugía Estética, quizás por el exceso de información que hace que muchas pacientes solo busquen el bajo precio de la intervención, en lugar de buscar la confianza del cirujano y el bien hacer del mismo.

Me parece pues un buen resumen de la operación de Mamoplastia de Aumento.

Cirugía Estética-Plástica

DR. JUAN MONREAL

Mamoplastia de aumento con prótesis asimétricas

Desde que en 1960 se empezaran a utilizar los primeros implantes rellenos de silicona para aumento mamario, muchos han sido los cambios y mejoras que se han introducido para mejorar los resultados estéticos y reducir la incidencia de complicaciones.

Texto:
Dr. Juan Monreal
Sanatorio
Virgen del Mar

Desde hace año y medio, aproximadamente, el fabricante francés Polyimplantes Prótesis comercializa en España un modelo de prótesis anatómicas que tienen la particularidad de ser asimétricas, esto es, existen prótesis derechas e izquierdas. Su filosofía es la de asemejarse, más que sus competidores, a la distribución glandular natural, ofreciendo una forma peculiar. Se manufacturan únicamente con superficie texturada y relleno de gel cohesivo.

Las figuras de la página siguiente muestran las características de estos implantes.

Básicamente son tres: una altura corta en relación a la anchura, alta proyección asimétrica en el plano sagital (mayor en la mitad externa) y una superficie dorsal cóncava para adaptarse a la pared torácica.

El relleno de gel cohesivo permite que estos implantes mantengan una forma adecuada al colocarlos verticalmente.

Planificación y técnica quirúrgica

Como norma general se admite que una mama estéticamente aceptable debe reunir una serie de características. Un aumento mamario estético o reconstructivo trata de remodelar el pecho para aproximarse lo más posible a la situación ideal. Esas características "ideales" podrían resumirse en tres: el punto de mayor proyección está en el complejo areol-pezón, los cuadrantes inferiores tienen relativamente más volumen que los superiores y los externos más volumen que los internos. Por último, la linea de caída desde la clavícula al complejo areola pezón no debe ser nunca notoriamente convexa.

La planificación de una mamoplastia de aumento usando estos implantes debe ser ligeramente diferente a la que se use con los implantes clásicos o los anatómicos convencionales. Hay que pensar que tienen una altura muy corta en relación a la anchura y una gran proyección. Por tanto, el descenso del surco submamario, caso de ser necesario, debe ser más limitado que con los implantes clásicos. Al delimitar el área de despegamiento tener en cuenta que la disección del polo superior va a ser inferior a lo que estamos acostumbrados con los implantes clásicos.

Puede emplearse la vía inframamaria para su implantación pero la vía de abordaje hemiareolar inferior también es válida y no es complicada; con el

Descripción de las imágenes:
En imágenes superiores características de implantes mamarios con superficie texturada y relleno de gel cohesivo. Una altura corta en relación a la anchura, alta proyección asimétrica en el plano sagital y una superficie dorsal cóncava para adaptarse a la pared torácica.
A la izquierda y abajo resultados en mamoplastia de aumento.

oportuno cuidado, no es habitual que el implante tenga que ser reposicionado una vez introducido. Un diámetro de areola de 3 cm permite su colocación por esta vía. En principio el fabricante advierte que son prótesis para implantación submamaria y que no deben colocarse en posición submuscular.

Yo personalmente he empleado el plano subfascial sin ningún contratiempo. El bolsillo debe ser bastante ajustado para prevenir la rotación inadvertida del implante en el postoperatorio inmediato. Para facilitar y asegurar la correcta orientación, el implante dispone de marcas táctiles (que en la vía hemiareolar no sirven) y una marca visual vertical en la cara anterior muy adecuada para la vía hemiareolar.

En el postoperatorio inmediato empleo una sujeción con esparadrapo tipo Micropore durante tres o cuatro días y posteriormente una banda pectoral durante un mes.

Estas medidas también van encaminadas a evitar la rotación del implante.

Hasta el momento no tengo registrados casos de encapsulación, si bien el postoperatorio más largo es de 16 meses.

Sólamente he tenido un caso de rotación leve en el postoperatorio inmediato de uno de mis primeros casos fruto, probablemente, de un bolsillo mayor de lo adecuado y que no se ha vuelto a repetir desde que los bolsillos los realizo más ajustados.

Conclusiones

Basado en mi corta experiencia, creo que la elección de estos implantes estaría justificada en aquellos casos en los que existe una hipoplasia mamaria en pacientes jóvenes, nulíparas, que presentan un adecuado relleno de los cuadrantes superiores y un tórax relativamente corto o una implantación mamaria alta.

Aquellos casos en los que se precise una proyección intensa y relleno de los cuadrantes laterales, también son una buena indicación.

No tengo experiencia en casos de reconstrucción postmastectomía.

El empleo de estas prótesis en pacientes con polo superior vacío o en casos que requieran mastopexia, no la creo aconsejable ya que no rellenan en absoluto el polo superior y dan, por tanto, la apariencia de mamas ptósicas.

Tampoco creo que sea una buena indicación en pacientes con un cuadrante interno muy vacío o constreñido ya que el relleno que proporcionan en esta zona es insuficiente. Por su puesto tampoco estaría indicadas en los casos en los que la cobertura tisular es insuficiente.

Hasta el momento mi experiencia en número de casos (diez) y tiempo de evolución (16 meses) no es quizá la mas adecuada y completa como para sacar conclusiones rotundas.

Creo que se trata de una opción válida para casos seleccionados, los implantes son de buena calidad y se comportan bien durante la intervención y en el postoperatorio, no ofreciendo grandes dificultades añadidas.

Estos implantes serían probablemente memorables si se añadieran modelos que mantuvieran las características mencionadas pero algo más de altura. Esta mayor altura ampliaría probablemente el número de indicaciones y evitaría con mayor seguridad la temida rotación del implante. Es necesaria una mayor experiencia a medio y largo plazo para establecer el riesgo de rotación y si es posible ampliar su uso a la posición submuscular sin incrementar este riesgo.

CONTESTACIÓN DEL DOCTOR FERNÁNDEZ BLANCO
al artículo "Mamoplastia de aumento con prótesis asimétricas" del Doctor Monreal

Realizar un comentario acertado sobre el trabajo del Dr. Monreal no es facil debido a la poca experiencia que existe con los implantes asimétricos de mama. Sin embargo es útil recordar la frase tantas veces utilizada de Sutherland " Honor a los que llegaron primero....".

El concepto de prótesis asimétrica, técnicamente es del todo correcto sobre todo en estos momentos en los que parece que los implantes de gel cohesivo gana adeptos entre cirujanos con gran experiencia. Los implantes de gel cohesivo nacen con el propósito de imitar con mayor precisión la forma de la mama femenina, y a nadie se le escapa que las mamas de la mujer estéticamente agradables, deben ser iguales pero en imagen de espejo.

Si existe una mama derecha y una izquierda, ¿por que nó una prótesis de cada lado?. Las prótesis con gel fluido permiten que el movimiento del mismo modifique la forma de prótesis según la posición del torax de la paciente, hecho que sirve de argumento a los detractores de los implantes llenos de gel cohesivo. Por tanto es razonable pensar que este tipo de prótesis han de evolucionar en el sentido de adaptarse a la pared del torax, rellenar el polo externo y crear un contorno mas estético del interno.

Coincido con el Dr. Moreal en las indicaciones de estos implantes, pensando que el relleno del polo superior es mas que deficiente, y además añadiría que la forma oval exagerada en sentido transversal de los mismos crean un surco mamario inferior excesivamente recto. Sin embargo, recordando la evolución de los implantes desarrollados por McGhan, hasta conseguir la multiplicidad de formas que ofrece los implantes estilo 410 para adaptarse a las diferentes necesidades estéticas de las mamas hipoplásicas, creo adivinar que los Laboratorios Poly Implants Prothèses (Toulon, Francia) que han desarrollado estos implantes asimétricos, se adecuarán a las demandas del sector fabricando prótesis que sean capaces de corregir defectos en el polo superior, así como adaptarse a las diferentes medidas y necesidades de cada hemitorax femenino.

Desde mi punto de vista, es un implante de debemos observar detenidamente, esperando que los laboratorios realicen las modificaciones oportunas para incorporarlas en nuestro arsenal técnico en su debido momento.

Felicito al Dr. Monreal que nos brinda su experiencia con este novedoso implante y que además incorpora el concepto relativamente nuevo de implante subfacial descrito por Graf y cols. en el 2000 en el Aesthetic Plastic Surgery.

Cirugía Estética - Plástica

DR. ANTONIO DE LA FUENTE

Técnica y criterios en la selección del implante

Desde que en los años 60 Cronin y Gerow y Arion introdujeron respectivamente las prótesis de gel de silicona y de suero salino, han pasado 40 años.

Durante este periodo de tiempo se calcula que se han sometido a esta intervención más de tres millones de mujeres y, si bien, los implantes mamarios han sido motivo de debate en algunos momentos puntuales por diferentes causas, en el momento actual es, no sólo una de las intervenciones más comunes en cirugía plástica, sino también una de las que produce un mayor nivel de satisfacción en aquellas pacientes que se someten a ella para incrementar el volumen mamario.

Texto:
Dr. A. de la Fuente
Jefe Unidad Cirugía Plástica, Hospital Ruber Internacional

Ha sido en los últimos diez años cuando las compañías fabricantes de estas prótesis han contribuido más al desarrollo y avance de los implantes, tanto en cuanto a las modificaciones del material de relleno como al diseño de las diferentes formas existentes en el mercado, así como a la seguridad de los mismos (gel cohesivo, cubiertas multilaminadas, etc..)

Por estos motivos la situación actual ha diferido de la actitud seguida en cuanto a la selección del implante en años anteriores. La oferta existente nos ha de invitar como Cirujanos Plásticos a conseguir los mejores resultados en nuestros pacientes mediante el empleo no sólo de la técnica quirúrgica más adecuada sino también de la selección del implante más idóneo para cada paciente. A diferencia de años atrás, hoy habrá que valorar en función de determinados factores anatómicos, cual es el diseño y tamaño más adecuado. Disponemos de Prótesis Redondas con diferente nivel de proyección o de Prótesis Anatómicas, asimismo con diferentes formas y medidas en base y altura.

Es en base a los conocimientos anatómicos, mediciones y experiencia como conseguimos la mejor indicación en cuanto a la selección del implante para cada paciente.

Selección del implante

Transcurridos 10 años, desde que colocamos nuestros primeros implantes anatómicos en 1.993, creemos estar en disposición de valorar cual es el tipo de paciente más adecuado para estos implantes, obviamente según nuestra experiencia.

En casi todos los casos empleamos, actualmente, implantes de gel de silicona cohesiva con superficie texturizada. La indicación hacia un implante "redondo" o "anatómico", viene determinada básicamente por las condiciones anatómicas del paciente, así como por sus deseos. En cualquier caso somos partidarios de implantes de tamaño moderado y nuestra media se halla entre 175-250cc. en la mayoría de los casos para las redondas y 205-270 gr. para las anatómicas.

En aquellas hipoplasias de tipo involutivo, o bien con un pequeño grado de ptosis (obviamente no auténtica ptosis), o bien pacientes que desean un mayor resalte en el polo superior de la mama, nos inclinamos por las prótesis redondas.

Por el contrario, en aquellos casos de hipopla-

***Superior. Caso 1**: Mamoplastia de aumento con prótesis redonda y perfil moderado. Vistal frontal y oblicua.*
Apariencia natural de los implantes parcialmente submusculares (P.S.M).
***Inferior. Caso 2**: Pre y post operatorio de mamoplastia de aumento.*
Prótesis redonda (P.S.M).
Vista frontal y oblicua.

sia del desarrollo, no involutiva, sin alteraciones del parénquima (no mamas tuberosas), sin ptosis o bien que requieran una expansión del polo inferior de la mama (mamas constreñidas en su polo inferior), somos partidarios de las prótesis anatómicas.

Los implantes de gel cohesivo tienen en mi opinión, la ventaja de su cohesión y resisténcia con un mínimo riesgo de rotura y dejar escapar parte de su contenido o de trasudado del gel. El único inconveniente por el contrario, sería el de requerir una incisión ligeramente mayor (mínimamente) para su colocación, aparte del coste.

Las prótesis redondas en relación a las anatómicas en la posición de pie tienen el punto de proyección mayor más superior que las anatómicas y a igual tamaño tienen una mayor base y una menor proyección (me refiero a las de proyección moderada, que son las habitualmente empleadas por nosotros).

En cualquier caso, hay que dejar bien claro que si bien la forma del implante supone ciertas diferencias, estas no son tan importantes como determinadas características anatómicas del paciente y de la mama y del grosor de sus tejidos o envoltura que va a alojar al implante.

Todas estas circunstancias han de ser tenidas en consideración a la hora de seleccionar el mejor implante para el paciente. En cuanto al tamaño, ven-

Descripción de las imágenes:
Caso 3:
Hipoplastia involutiva.
Mamoplástia de aumento con prótesis de gel de perfil moderado (P.S.M).
Se aprecia relleno polo superior.

drá determinado en base a los deseos del paciente, pero siempre teniendo en cuenta la anatomía de la mama, principalmente su base, de acuerdo con los conceptos biodimensionales introducidos por Tebbetts(3). En cualquier caso nuestra recomendación es colocar prótesis de tamaño moderado, tratando de conseguir una apariencia natural de la mama.

Técnica quirúrgica

Nuestra incisión de elección es la periareolar inferior (Jenny 1.974)(4) seguida de la submamaria, dependiendo de las características anatómicas, tales como tamaño de la areola y deseos de la paciente. Como ventajas de la periareolar habría que reseñar una menor tendencia a la hipertrofia, el evitar una cicatriz torácica principalmente si el implante es retirado, así como permitir modificaciones intraoperatorias para la corrección del nivel del surco submamario sin necesidad de establecerlo con la exactitud previa que requiere la incisión submamaria para que quede la cicatriz en el mismo surco. En cualquier caso, la incisión submamaria es una muy buena opción en muchos de los casos, con la ventaja de no tener que tocar la glándula mamaria para efectuar el bolsillo previo a la introducción de la prótesis.

En cuanto al plano de colocación del implante, preferimos el plano subpectoral creando un bolsillo parcialmente submuscular (Robles, 1978)(5) de acuerdo a la modificación de la técnica de Dempsey y Latham (1968)(6). Este plano tiene las ventajas del plano submuscular y al mismo tiempo preserva una posición subglandular o subcutánea (según el caso) del implante en su posición inferior, evitando la tendencia de los implantes, totalmente submus-

Descripción de las imágenes:
Caso 4:
Hipoplastia de desarrollo.
Mamoplastia de aumento con prótesis anatómicas (P.S.M).
Se aprecia en la vista oblicua el declive natural en el polo superior de la mama.

Superior. Caso 5: *Mamoplastia de aumento con prótesis anatómica.*
Inferior. Caso 6: *Hipoplasia involutiva y polo inferior "constreñido". Resultado con prótesis de gel (P.S.M) parcialmente submuscular.*

culares, a permanecer altos, produciendo un contorno supraareolar convexo.

Mediante el empleo de esta técnica parcialmente submuscular, así como de los implantes texturizados y recientemente en todos los casos, ya sean anatómicos o redondos, de gel cohesivo hemos disminuido considerablemente la incidencia de contractura capsular, estando en el momento actual en menos de un 3%.

Dentro del apartado técnico, reseñar la importancia de una liberación adecuada de las inserciones musculares del pectoral mayor a nivel de su porción medial e inferior con objeto de evitar la ocasional tendencia del bolsillo submuscular a provocar una contractura muscular apreciable externamente en determinadas personas, especialmente con pectorales bien desarrollados al efectuar determinados movimientos de contracción muscular.

Como conclusión, recalcar que gracias a unos mejores conocimientos anatómicos, así como a una mayor calidad en los implantes, variedad en los mismos y capacidad para efectuar una adecuada indicación, se ha conseguido que esta intervención se convierta en una de las más comúnmente efectuadas, con mayor índice de satisfacción y con un mínimo de complicaciones.

No obstante conviene advertir a nuestros pacientes que los implantes mamarios al igual que cualquier otra prótesis o producto de fabricación para ser incluido en el organismo sufre un proceso de desgaste que puede conducir a una rotura del mismo y la necesidad de su recambio. Es un hecho que la calidad de los nuevos implantes que manejamos en la actualidad, producirán unas estadísticas a medio y largo plazo claramente superiores a las que veníamos manejando, siempre que la indicación y la técnica quirúrgica sean las adecuadas y se lleven a cabo de forma correcta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cronin, T.D., and Gerow, F. Augmentation Mammaplasty: A New "Natural Feel" Prosthesis. En "Transactions of the Third International Congress of Plastic Surgery". Amsterdam: Excerpta Medica, 1964. Pg. 41-49
2. Arion, H.G. Présentation d'une prosthèse retromammaire. C.R. Soc. Franc. Gynecol. 35:427, 1965.
3. Tebbetts JB,. A surgical perspective from two decades of Breast Augmentation. Clin Plast Surg 28:3-425, 2001.
4. Jenny H. Areolar approach to augmentation mammaplasty. Presentado en la "International Society of Aesthetic Plastic Surgery" en Rio de Janeiro, Febrero 1972.
5. Robles, J.M., Zimman, O.A., and Lee, J.C. A large subpectoral pocket for breast implants. Plast. Reconstr. Surg. 62: 78, 1978.
6. Dempsey, W.C., and Latham, W.D. Subpectoral implants in augmentation mammaplasty: Preliminary report. Plast. Reconstr. Surg. 42:515, 1968.

CONTESTACIÓN DEL DOCTOR PEDRO CORMENZANA OLASO
al artículo "Técnicas y criterios en la selección del implante" del Doctor A. de la Fuente

Es motivo de satisfacción poder comentar el trabajo del Dr. Antonio de la Fuente. A pesar de ser, la mamoplastia de aumento, una intervención gratificante, tanto para la paciente como para el cirujano, es un procedimiento en ocasiones difícil y que requiere unos conceptos y unos principios básicos muy claros acerca de las interacciones entre el implante y los tejidos de la mama para no cometer errores que puedan afectar a nuestros resultados.

Sigue existiendo una considerable controversia en relación a cual es el tipo de implante adecuado en cuanto a la forma (anatómica o redonda) (1), e incluso cuál es el material de relleno más adecuado. Parece ser que se pueden obtener buenos resultados con cualquier tipo de implante y también puede haber dificultades con cualquier tipo de implante. La calidad de los tejidos será determinante.

Es indiscutible que los implantes de gel cohesivo tienen una ventaja en cuanto a la durabilidad de estos implantes y su seguridad en cuanto a la posibilidad de ruptura. Sin embargo es preciso valorar otros aspectos como la necesidad de una incisión mayor y su coste.

Un aspecto crucial a la hora de obtener el resultado final en la mamoplastia de aumento viene dada por la determinación de la precisa distancia desde el borde de la areola hasta el surco inframamario, en función de las dimensiones del implante. Un implante redondo, si lo colocamos bajo, puede parecer un implante anatómico, un implante anatómico si está colocado alto (distancia areola-surco inframamario menor a 7cm.) el polo superior seguirá estando lleno. Los casos de polo inferior constreñido o en mamas tuberosas la disección-liberación del polo inferior debe de ser adecuada. Los implantes de base más ancha pueden ayudar .

El implante anatómico de gel cohesivo puede ser una excelente opción en el caso de su colocación areolar en aquellos casos en los que la areola tenga un diámetro de más de 4 cm. En aquellos casos de areolas muy pequeñas, como suele ser de forma bastante frecuente en mujeres delgadas y nulíparas, no será posible su introducción por esta vía; nosotros somos partidarios de la utilización de prótesis salinas redondas que también pueden ofrecer buenos resultados.

En cuanto al plano de colocación, sin duda, el plano más adecuado es el submuscular por debajo del pectoral mayor; en realidad este plano es parcialmente submuscular ya que el polo inferior del implante, aunque se incida en la aponeurósis de los músculos rectos, no va a ser recubierto. La mitad inferior del implante está en posición subcutánea, estando en posición submuscular verdadera la mitad superior del implante. Cuando se introduce el implante por la vía areolar tal y como lo describe Mladick (2,3) es aconsejable efectuar una incisión paralela a las fibras del pectoral y desde la parte central efectuar toda la disección del músculo. Esta disección debe de ser realizada con visualización, utilizando terminales largas de electrobisturí, de forma cortante, no disección roma para no desgarrar el músculo (que ocasiona sangrado y más dolor) efectuando una hemostasia meticulosa, seccionando casi totalmente las inserciones internas del músculo pectoral y en su totalidad en las inserciones inferiores, prosiguiendo a partir de ahí en el plano subcutáneo hasta la posición deseada en función de donde se quiera colocar el surco submamario. La colocación del surco debe de situarse entre 7 y 8,5 cm. desde el borde inferior de la areola (4), en función del volumen y de las dimensiones del implante para así obtener una mama natural.

La incidencia de contractura capsular determina la proporción de pacientes insatisfechas. Algunos autores relatan incidencias menores al 1% (2,3) no siendo determinante la superficie texturada. Como causas principales: colección de fluidos (se aconseja hemostasia meticulosa y colocar drenajes) y manipulación excesiva del implante sobre todo con guantes que contegan polvo (mejor emplear guantes sin polvo) que originan un Biofilm (5) que desencadenaría el proceso de encapsulación.

Bibliografía:

1. Hamas RS. The postoperative shape of round and teardrop saline-filled breast implants. Aesthetic Surg J 1999;19:369-374

2. Mladick RA. Breast augmentation: ease of dissection with the periareolar technique. Aesthetic Surg J 1999;19:163-164

3. Mladick RA. Finesse in breast augmentation through use of the "no touch technique". Aesthetic Surg J 1999; 19:489-497

4. Millan J, Vaquero MM. Nuestra técnica de aumento mamario con descenso asimétrico del surco submamario. Cir Plast Iberlatinamer 2002;28:11-20

5. Deva AK, Chang LC. Bacterial biofilms: a cause for accelerated capsular contracture. Aesthetic Surg J; 1999;19:130-133.

DR. ULRICH T. HINDERER

Mamoplastia de aumento por vía axilar, abdominal, circumareolar y circumvertical

En este artículo se describen las diferentes técnicas personales de plastia mamaria de aumento.
La vía axilar fue discutida y propuesta primero por Viñas y Hinderer en 1965. El aumento mamario por vía abdominal está indicada en pacientes sin o con ptosis ligera que requieren además una dermolipectomía abdominal. La vía periareolar fue sustituida a partir de 1990 por la técnica de plicadura circumareolar, que está indicada en pacientes con hipoplasia mamaria y ptosis mayor.

Texto:
Dr. U. T. Hinderer
Clínica Mirasierra

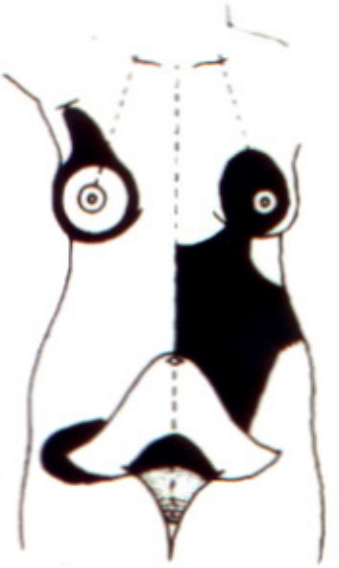
A continuación describiré las técnicas personales de plástia mamaria de aumento, una de las técnicas de cirugía estética más demandadas por los pacientes.

Aumento mamario por vía axilar

La introducción de implantes por vía axilar fue discutida y propuesta primero por Viñas e Hinderer en 1965 y publicada por Viñas en 1966 y por Hinderer en 1968/72/75.

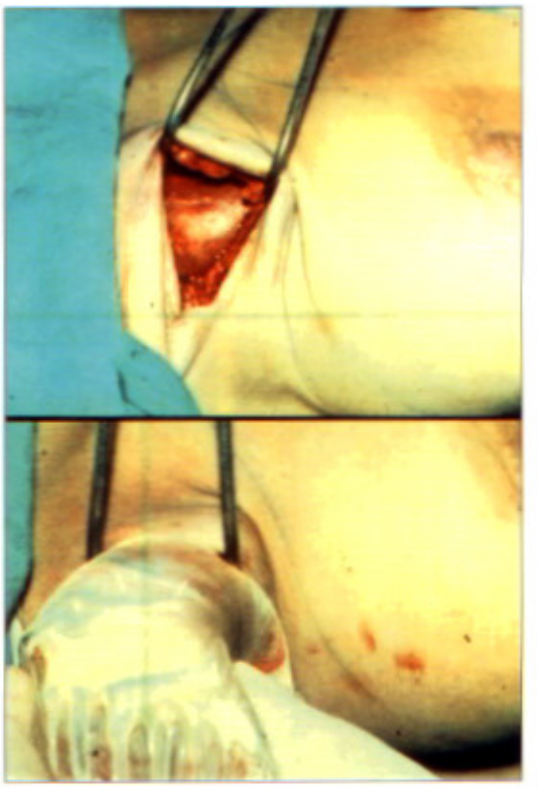
Como se puede ver en la figura 1, la indicación es para pacientes sin o con muy escasa ptosis mamaria, con la ventaja de evitar cicatrices en la región mamaria. La cicatriz, de 3.5 cm. de longitud se sitúa a lo largo de un pliegue oblicuo en el área pilosa axilar y el implante se coloca en posición subpectoral. Hasta un volumen de 285 cc. empleo prótesis lisas de gel cohesivo y cuando la paciente desea un mayor volumen de suero salino, se rellena una vez introducida en el espacio subpectoral-submamario. La disección, previamente marcada en la paciente en posición erecta, es limitada en el polo mamario superior, amplia medial y lateralmente y desciende del surco submamario de medial a lateral de 1,5 a 2,5 cm.

En la figura 2 a 8 se puede observar que la disección se realiza primero a "dedo" y hacia abajo con ayuda del disector de Nishimura tipo "bume-



Viñas-Hinderer, 1965

Hinderer, 1968/75
Planas, 1973/76

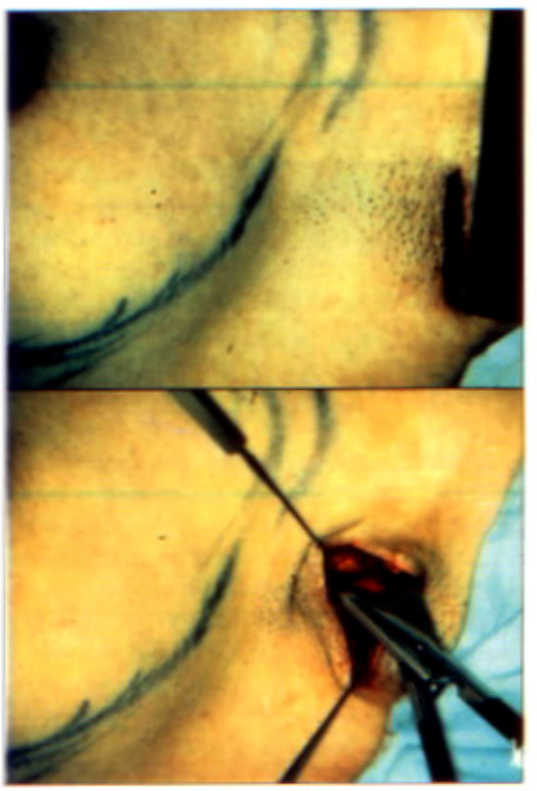


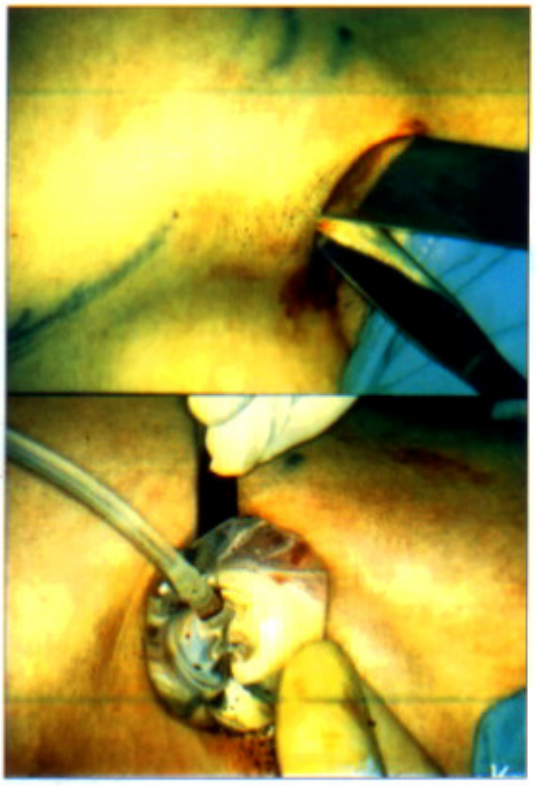
rang" que facilita además la desinserción interna de las inserciones del m. pectoral.

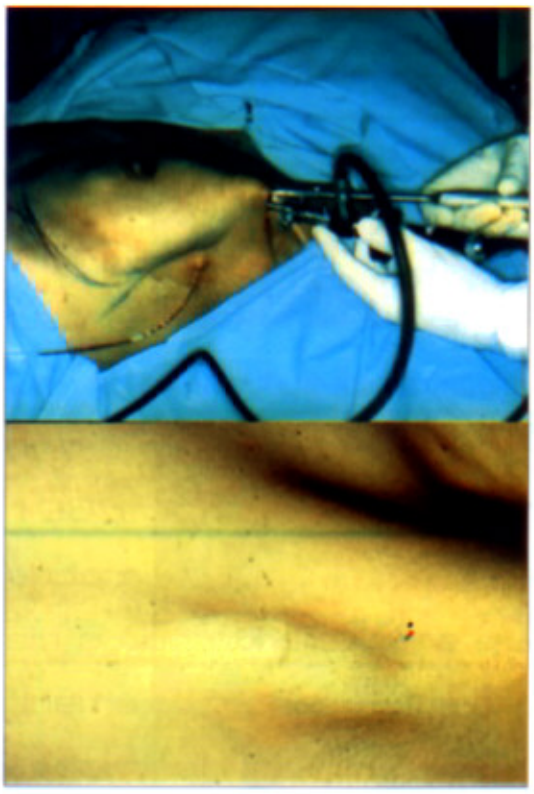
Aumento mamario por vía abdominal

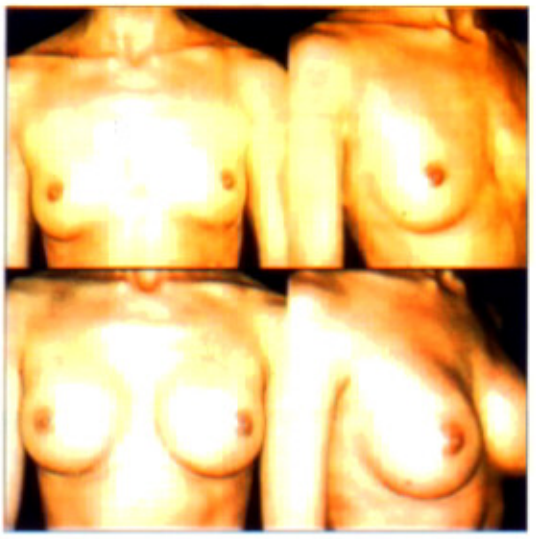
La vía abdominal está indicada en pacientes sin o con ptosis ligera que requieren además una dermolipectomía abdominal. Fue publicada primero por Hinderer en 1968/72/75 y por Planas en 1973/76. En general prefiero implantes de gel co-

Descripción de las imágenes:
Superior izquierda: Dibujo que muestra el aumento mamario por vía axilar (figura 1)
Superior derecho e inferiores: Intervención de aumento mamario por vía axilar (figuras 2, 3 y 4)









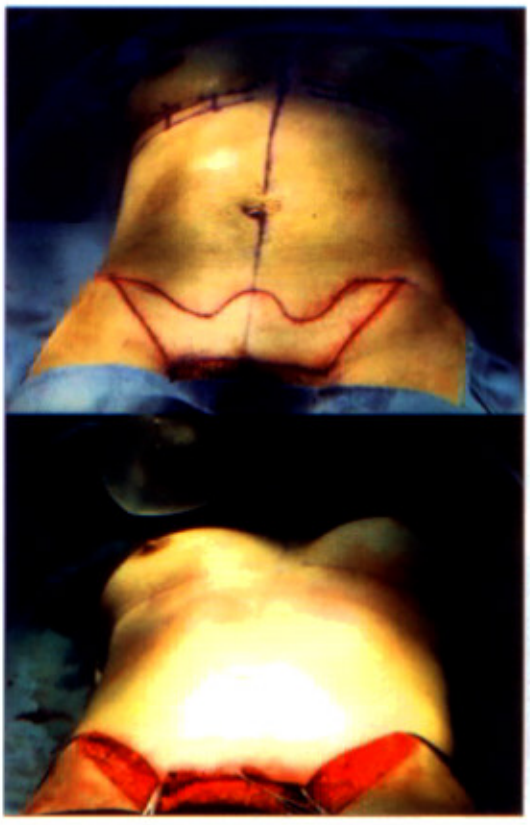
Descripción de las imágenes:
Aumento de mamas vía axilar:
Superior izquierda: figura 5.
Superior derecha: figuras 6.
Inferior derecha: figura 7.
Inferior izquierda: figura 8.

hesivo de silicona, de cubierta lisa. El aumento se realiza a través de la ampliación de la disección abdominal mediante un túnel torácico, mas estrecho que la prótesis, que se coloca en posición submamaria. (Fig. 9-11).

Aumento mamario con plicadura circumareolar

La implantación por vía periareolar es publicada primero en 1973 por Jones y Tauras. Empleada por mí poco después, para elevar la placa areolomamilar, fue sustituida a partir de 1990 por la técnica de plicatura circumareolar.

La búsqueda de la cicatriz mas corta posible en mamoplastia, condujo al desarrollo de la técnica de "dermopexia periareolar con mastopexia retromamaria" (Hinderer 1969/72) mediante plicatura circumareolar con cicatriz tipo "donut", indicada inicialmente para ptosis e hipertrofias menores y



Descripción de las imágenes:
Aumento de mamas por vía abdominal, indicada en pacientes con o sin ptosis ligera que requieren además una dermolipectomía abdominal.
Superior izquierda: figura 9. Intervención.
Superior derecha: figuras 11. Resultados.

Aumento de mamas con plicadura circumareolar.
Inferior derecha: Figura 12.

posteriormente para el aumento con implantes en hipoplasias con ptosis mamaria (Hinderer 1992/2001)

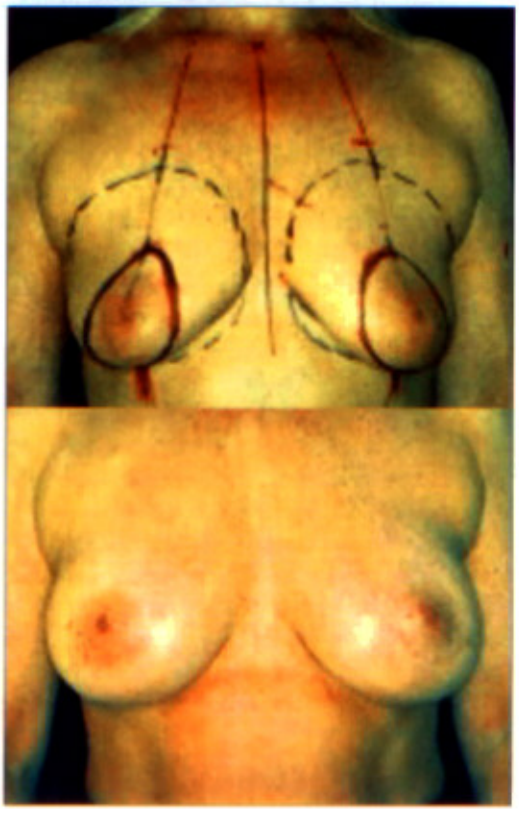
En la técnica de plicatura dérmica circumareolar se introduce el implante en posición subpectoral-submamaria inferior tras incisión transversal de la dermis inferior del área circumareolar.

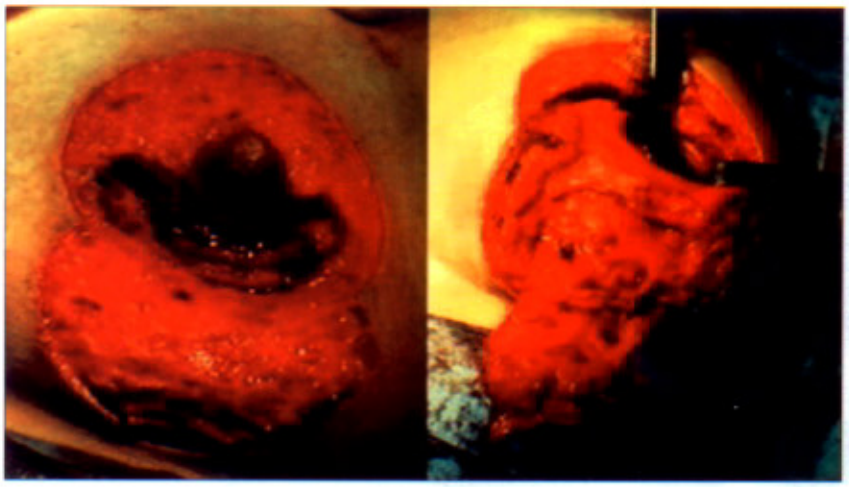
Para poder desplazar la piel hacia la areola y conseguir una dermopexia por plicatura sin tracción cutánea centrífuga, es imprescindible disecar la piel de la glándula a una profundidad de aproximadamente 1,5 cm., con el fin de preservar la red subdérmica para la vascularización de la piel y de la PAM. La disección cutáneo-glandular debe tener al menos el doble de anchura del área de plicatura, dérmica. (Fig. 12).

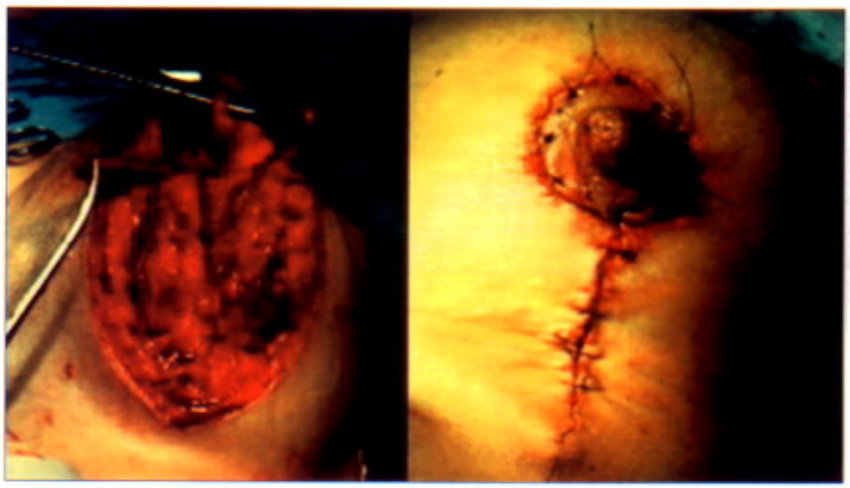
Aumento mamario con técnica de plicadura circumvertical

La técnica de plicatura circumvertical está indicada en pacientes con hipoplasia mamaria y ptosis mayor. Un triángulo inferior del área circumareolar e infraareolar hasta el surco submamario, se emplea para formar un colgajo inferior dermoglandular con el fin de cubrir la prótesis subpectoral por debajo del borde del m. pectoral a modo de "autoprótesis". Es fijada con tiras dérmicas pasadas a través de fascículos del músculo pectoral en analogía a la técnica del sostén dérmico de 1972.

La cicatriz resultante es periareolar y vertical corta sin rebasar el surco submamario al quedar su parte superior incluida en la plicatura circumareolar (Hinderer y Espinosa, 1998). (Fig. 13,14,15.)







Descripción de las imágenes:
Aumento de de mamas con técnica de plicadura circumvertical indicada en pacientes con hipoplasia mamaria y ptosis mayor.
La cicatriz resultante es periareolar :
Superior izquierda: figura 13.
Superior derecha: figuras 15.
Inferior izquierda: figura 14.

B BIBLIOGRAFÍA

. Viñas JC (1966) Prótesis mamarias por vía axilar. Primeras Jornadas Luso- Brasileira Rev Actual Med 1:1

. Hinderer, U.: "Problemas psicológicos y psiquiátricos en el paciente de cirugía plástica." Rev. Esp. de Psicot. Anal. 1, 4:31, 1968.

. Hinderer, U.: Primera experiencia con una nueva técnica de mastoplastia para ptósis ligeras. VI Reunión Nacional de la Sociedad Española de Cirugía Plástica y Reparadora. Noticias Médicas, p. 26, Noviembre, 1969.

. Hinderer, U.: "Plastia Mamaria Modelante de Dermopexia Super-ficial y Retromamaria." Rev. Esp. de Cir. Plast. 5, 1:65, 1972.

. Hinderer, U.: "Reduction and Augmentation Mammaplasty: Remo-delling mammaplasty with superficial and retromammary mas-to-pexy." The Internat. Micr. J. Aesth. Plast. Surg.: Mamma-plasty; 1972-E.

. Jones FR, Tauras AP (1973) A periareolar incision for augmentation mammaplasty. Plast Reconstr Surg 51(6):641 644

. Planas J (1973) Abdominal approach. Presented I Int Seminar Aesth Surg. ISAPS Florence, May 1973

. Hinderer, U.: "The Dermolipectomy Approach for Augmentation Mammaplasty." 359-2:3, Clinics in Plastic Surgery, Saunders 1975.

. Planas J (1976) Introduction of breast implants through the abdominal route. Plast Reconstr Surg 57:434

. Hinderer, U.: "Tratamiento de la Hipoplasia mamaria combi-nado con lipodistrofia abdominal". Anal. Simp. Brasil 1982.

. Hinderer, U.: "Development of Concepts in Reduction Mam-ma-plasty and Ptosis" en Aesthetic Surgery of the Breast. Ed. Georgiade Georgiade Riefkohl. WB Saunders Company, 44:565-603, 1990.

. Hinderer, U.: Mammaplasty with a periareolar scar: Historical evolution and actual state. Transactions of the Xth Congress of the IPRS. Madrid. Elsevier Science Publishers, Vol II, 569-571, 1992.

. Hinderer U.T., Espinosa J.F., Colgajo inferior dermoglandular (CID), con fijación dérmica para la prevención de ptosis secundarias en mamoplastia. Cirugía Plástica Ibero latinoamericana, Vol. 24. Num. 2. Abril-Mayo-Junio 1998. Pgs. 143-159.

. Hinderer U.T. Circumareolar Dermo-Glandular Plication: A New Concept for Correction of Breast Ptosis. Aesth. Plast. Surg. 25:404-420, 2001

CONTESTACIÓN DEL DOCTOR RAMON RIU
al artículo "Mamoplastia de aumento por diferentes vías" del U. T. Doctor Hinderer

Referente al trabajo de mamoplastia de aumento del Dr. Ulrich Hinderer, voy a hacer los siguientes comentarios:

El Dr. Hinderer, que tiene una amplia experiencia en este tipo de cirugía, ya en el año 1965, con el Dr. Viñas, discutieron y propusieron dicha técnica de implantes mamarios por vía axilar, que más adelante se hizo bien por vía retromuscular como por vía premuscular. En ambas técnicas, la técnica quirúrgica es relativamente sencilla y lo más importante es despegar bien el espacio en la parte inferior, para que las prótesis mamarias no queden demasiado altas. Nosotros pensamos que es más fácil en pacientes con cierto panículo adiposo, ya que es más fácil despegar la parte inferior de la mama, en cambio en pacientes con una ptosis aunque sea discreta y muy poco tejido celular subcutáneo, a veces va mejor la técnica de inserción por vía areolar.

Se puede hacer por endoscopia, o sin necesidad de ella, puesto que con los separadores se puede conseguir fácilmente la disección del tejido y hacer un buen espacio para que quede la prótesis cómoda. Pone como límite de volumen 265 cc. pero en según que pacientes con piel laxa, hemos llegado hasta 350 cc. Evidentemente la opción de más volumen con suero fisiológico es una buena opción.

En el aumento mamario por vía abdominal, también es una buena idea que ya desarrolló el Dr. Hinderer en el año 1968, y que sería más adelante puesta en boga también por el Dr. Planas. Es una buena técnica cuando se combina una abdominoplastia y la paciente tiene unas mamas pequeñas, pero tiene la dificultad de que es difícil modificar el origen del pliegue submamario de la mama desde abajo, por lo que estaria indicado en aquellos casos en que la mama esta en buena posición, y entonces se colocaría la prótesis en el plano prepectoral.

En cuanto a la vía areolar, es una buena técnica, pero cuando los pezones son muy pequeños a veces no hay posibilidad de entrar dicha prótesis, en cuyo caso, aconsejamos más la vía submamaria o la vía axilar, ya que cuando la areola es pequeña, se traumatiza mucho con los separadores los ángulos de la incisión y a veces queda la cicatriz un poco cedida en los extremos de la cicatriz y es bastante aparente en el postoperatorio.

En la técnica de plicatura dérmica circumareolar es un buen procedimiento pero como norma, habría que seguir la regla de que el diámetro de la circunferencia exterior debe ser igual o menor al diámetro de la circunferencia interior, o sea el de la areola reducida.

Tampoco hay que olvidar que en algunos casos, el punto de plicatura circumareolar con Ticron, se puede intolerar y obliga a la retirada del mismo.

En cuanto a la técnica de la plicatura circumvertical, es una buena idea con el fin de reducir la cicatriz vertical, que puede incluso que quede por encima del pliegue submamario; hay que tener mucho cuidado al fijar las bandeletas dérmicas del colgajo dermomamario inferior al pectoral mayor, que no queden demasiado tensadas, puesto que en según que posición, podría originar ciertas depresiones en las mamas. Esta técnica aporta la protección de la prótesis retromuscular en su polo inferior, ya que en esta zona no alcanza el músculo pectoral y la prótesis queda protegida por este colgajo dermomamario.

En cuanto a la resección circumareolar, hay que evitar que el diámetro externo de la circunferencia periareolar no sobrepase del doble del diámetro de la areola interior, ya que de lo contrario, se produciría un ensanchamiento de la areola, que obligaría a un retoque secundario, con el fin de reducir el diámetro de la areola.

DR. J. M. PÉREZ-MACÍAS

Hipoplasias mamarias. Tipos y tratamientos mediante prótesis mamarias

Las alteraciones mamarias representan para las personas que las sufren, motivos de disconformidad, debido a que la mama es una de las expresiones de diferenciación morfológica ligada al sexo. Por ello, los varones, cuando sufren aumento o mujeres, cuando tienen disminución, consultan al cirujano plástico la posible solución.

Texto:
Dr. Pérez-Macías
Hospital de Valladolid
y Clínica Virgen
de la Salud

Entre los problemas relacionados con la disminución de volumen en el sexo femenino distinguimos tres categorías:

I.- Mamas hipoplásicas, ya que la agenesia estricta es difícil de ver.

II.- Mamas que sufren una involución después de embarazos y lactancias y que además presentan diferentes tipos de ptosis asociadas.

III.- Mamas hipoplásicas asociadas a la deformidad conocida como mama tubular.

Todas estas alteraciones son susceptibles de tratamientos quirúrgicos diferentes pero siempre asociados a la implantación de prótesis mamarias.

Desde que Croning (1) introdujo los implantes de silicona, con resultados predecibles y con menos complicaciones que las prótesis previas, estos han sufrido una larga evolución, desde los procesos de fabricación, hasta el tipo de relleno de las mismas, pasando por un variado número de formas con diferentes tipos de proyecciones, por lo que el cirujano actual dispone de un amplio abanico tanto para el aumento mamario desde el punto de vista estético como el reconstructivo.

Ténicas quirúrgicas: enfoque personal

Aunque siempre seguimos un protocolo estandarizado común, hay diferencias en el planteamiento quirúrgico dependiendo de la categoría de la deformidad a tratar.

Protocolo común a todas las técnicas:

- Siempre ponemos en práctica el principio de

Aspecto preoperatorio de una hipoplasia mamaria bilateral. Perfil y tres cuartos.
Aspecto postoperatorio después de un implante de gel de silicona submuscular.

"No-Touch Technique" (2)

- Siempre colocamos los implantes en el plano submuscular (3).
- Nunca utilizamos implantes anatómicos (excepto en las reconstrucciones).
- Siempre utilizamos implantes de Gel Cohesivo
- Siempre usamos el abordaje areolar: Ya sea subareolar parcial o periareolar, excepto cuando asociamos el Patrón de Llave (en caso de ptosis severas).
- Siempre dejamos drenajes de aspiración durante cuatro días.
- Siempre hacemos un descenso del surco submamario.
- Siempre mantenemos un modelado con esparadrapo de papel durante dos semanas en todo el contorno de la mama.
- Siempre colocamos banda elástica para el control del polo superior.

Protocolo de tratamiento de los diferentes tipos de hipoplasia

El protocolo de tratamiento de los diferentes tipos de hipoplasia es:

I- Mama hipoplásica sin ptosis:

En este tipo de alteraciones, la colocación del implante sigue todos los pasos comunes a través de un abordaje subareolar parcial. Efectuamos una relajación del músculo pectoral en el tercio inferior external, y en la mitad external de la zona costal. El desplazamiento del surco submamario se lleva a cabo de acuerdo con el tamaño del implante y de las medidas torácicas de la paciente.

II- Mama hipoplásica con ptosis asociadas:

Distinguimos dos categorías:

Categoría A.- Los tipos 1 y 2 de la clasificación de Regnault (4).

Categoría B.- Los tipos 3 y 4 de la misma clasificación.

Categoría A

Los principios de la Técnica son los mismos que los citados para la hipoplasia sin ptosis. El abordaje puede ser periareolar inferior o completo mediante la extirpación de un anillo cutáneo según la Técnica de Donut. Cuando es necesario, hacemos un despegamiento en el polo inferior mamario, de acuerdo con los requerimientos de cada caso en el plano subdérmico, pudiendo ser este desde las 2 hasta las 10 según las agujas del reloj, de acuerdo con la Técnica "Dual Plane Breast Augmentation" (5).

Categoría B

En el tratamiento de la hipoplasia con una ptosis tipo III de Regnault, seguimos los mismos pasos quirúrgicos que en la categoría I anterior. Además hacemos un despegamiento de la cara

Aspecto preoperatorio de una hipoplasia mamaria bilateral asociada a una ptosis moderada. Perfil y tres cuartos.
Aspecto postoperatorio después de una técnica periareolar para la corrección de la ptosis e implantes para el aumento en el plano submuscular.

posterior de la glándula mamaria en el plano prepectoral, con lo cual liberamos todo polo inferior mamario glandular en sus dos caras, asociando incisiones de relajación en la cara posterior glandular de acuerdo con los requerimientos. Reubicamos el polo inferior en el nuevo surco submamario previamente diseñado, según la Técnica Triplanar con colgajo Bipediculado glandular (6,7).

En el tratamiento de la hipoplasia con ptosis tipo IV de Regnault, la técnica varia considerablemente ya que utilizamos un patrón tipo llave con una cicatriz posquirúrgica periareolar asociada a una vertical subareolar.

La técnica empleada es una modificación de la Técnica de Hamaca para ptosis con anclaje dérmico, exclusivamente a nivel costal (8).

III- Hipoplasia mamaria asociada a deformidad tubular:

En esta categoría incluimos aquellas mamas que, siendo simétricas o asimétricas, presentan una constricción del polo inferior mamario en la mayor parte de los casos, con una herniación del tejido glandular, dando una apariencia tubular.

La técnica quirúrgica empleada es la misma que la recomendada para el tratamiento de las ptosis tipo III de Regnault con abordaje periareolar, según la Técnica de Donut, y a diferencia de otros autores, podemos conseguir la expansión del polo inferior sin utilizar dos tiempos quirúrgicos por medio del uso de prótesis expansoras previas a la reconstrucción final. (9,10)

Esta técnica también se diferencia de otras (11,12) al incluir un tercer plano de despegamiento según la Técnica de Colgajo Inferior Glandular Bipediculado (7).

Comentarios a las técnicas quirúrgicas

Utilizamos en la mayor parte de las técnicas quirúrgicas, implantes de alto perfil excepto para casos de hipoplasia sin ptosis, en las que dependiendo de la preferencia y la estructura torácica de las pacientes introducimos indistintamente prótesis de perfil moderado o las de alto perfil.

Debido a las ventajas del emplazamiento submuscular de los implantes (13), lo utilizamos sistemáticamente (Fig1a) pero introduciendo las modificaciones oportunas con nuevos enfoques técnicos, para evitar el desplazamiento glandular posquirúrgico y la doble burbuja en el polo inferior.

El abordaje subareolar siempre nos ha sido

Descripción de las imágenes:
Aspecto preoperatorio de una hipoplasia mamaria asociada a mamas tubulares con constricción del polo mamario inferior y elevación del surco submamario perfil y tres cuartos.
Aspecto postoperatoria:
Abordaje periareolar en la técnica triplanar con colgajo glandular bipediculado.

(Fig1b) suficiente para la introducción de las prótesis habituales, y cuando la areola es pequeña extirpamos un área semilunar inferior de piel, con que ampliamos el acceso.

En los casos presentados, exponentes de algunas de las categorías mencionadas, todas las pacientes tienen una evolución superior al año (Fig.1-4).

Las complicaciones y la cirugía secundaria siempre están presentes en cualquier técnica quirúrgica, pero la mayor parte de las veces son de índole menor.

No hemos observado hematomas, aunque si hemos tenido que hacer en ocasiones ajustes secundarios en las areolas en los casos de ptosis.

BIBLIOGRAFIA

1.- Cronin, T.D., Gerow F.J.: "Augmentation mammaplasty a new natural feel prothesis" In: Trans-third Int. Cong. Plast. Surg. Amsterdam. Excerpta Medica Foundation 41-49, 1964

2.- Mladick, R. A.: "No-Touch" Submuscular Saline Breast Augmentation Technique". Aesth. Plast. Surg. 17:183,1993

3.- Truppman, E.S. and Ellenby, J.D. "A 13-year evaluation of subpectoral augmentation mammaplasty" In J.Q. Owsley and R.A. Peterson (Eds.) Symposium on Aesthetic Surgery of the Breast. St. Louis: Mosby, 1978

4- Regnault, P. "Ptosis, Asymmetry, Tubular Breasts, and Congenital Anomalies." In J.Owsley Symposium on Aesthetic Surgery of the Breast. St.Louis: Mosby, 1978

5.- Tebbetts J.B. "Dual plane breast augmentation: Optimizing Implant-soft tissue relationships in a wide range of breast types". Plast.Reconstr.Surg. 107:1255, 2001

6.-Pérez-Macias, J.M.: "El difícil equilibrio entre ptosis e hipoplasia mamaria. Indicaciones y pautas quirúrgicas en el tratamiento con implantes". Abstracts del 14º XXIV Congreso Iberolatinoamericano de Cirugia Plástica. Cancún, Méjico 2002

7.-Pérez-Macias, J.M.: "Triplane augmentation mammaplasty with the bipedicle flap technique in mammary hipoplasia and ptosis" Abstracts of the 13th International Congress of the International Confederation for Plastic, Reconstructive and Asthetic Surgery. Sydney, Australia 2003. En prensa.

8.-Pérez-Macias, J.M.: "Crossed-support hammock technique in mammarian reduction" In: Excerpta Medica Plastic Surgery. Elsevier Science Publishers. 2:609, 1992

9.-Toranto, I.R.: "Two-Stage correction of tuberous breasts". Plast. Reconstr. Surg. 5:51, 1981

10.- Versaci, A.D., Rozzelle, A.A.: "Treatment of tuberous breasts utilizing tissue expansion" Aesth. Plast. Surg. 15:307,1991

11.- Williams G., Hoffman S.: "Mammaplasty for tubular breast". Aesth. Plast. Surg. 5:51, 1981

12.- B. Teimourian, Mauhli: "Surgical Correction of the Tuberous Breast". Ann. Plast. Surg. 10:190, 1983

13.- Biggs, T.M., Yarish, R.S.: "Augmentation mammaplasty: Retropectoral versus retromammary implantation". Clin. Plast. Surg. 15:549, 1988

CONTESTACIÓN DE LA DOCTORA ANA SANTAMARÍA ROBRERO
al artículo "Hipoplasias mamarias" del Dr. Pérez-Macías

Es un honor para esta publicación el incluir el artículo basado en el tratamiento de la hipoplasia mamaria con implantes mamarios realizado por el Dr. Pérez-Macias, el que será el próximo Presidente de la SECPRE.

Los cirujanos plásticos hemos visto un incremento en la demanda de pacientes que solicitan aumentar el volumen de sus mamas, no sólo en casos de hipoplasias mamarias claras y francas, sino también debido a los cambios en los cánones de belleza (1). Así, es cada vez mayor el número de jovencitas que aunque superan la mayoría de edad, acuden a la consulta con unos padres, en la mayoría de los casos francamente contrariados por dicha demanda que puede ocasionar grandes complejos.

Sin llegar a los exagerados volúmenes demandados en EEUU, especialmente Texas y California, esto no constituye un fenómeno solo a nivel de España. Así países que como Brasil presumían en el pasado de aquellas mamas, quizás excesivamente pequeñas para el gusto español, se han unido también a esta demanda, abanderada por alguno de sus ídolos mundiales como la modelo Gisela Bundchen.

A la hora de seleccionar el implante tan importante como los deseos de la paciente, son las consideraciones anatómicas (2). En ellas debemos incluir las dimensiones del tórax y de la mama, el tipo de hipoplasia (si es congénita o involutiva), la piel y su distensibilidad haciendo especial hincapié en la expansión que necesitamos provocar en su polo inferior, la necesidad de relleno del polo superior, el tamaño de la areola, la existencia y grado de ptosis, así como una estimación de las posibles asimetrías mamarias y del tórax entre otras. El análisis de todo esto nos va a permitir personalizar toda la actitud posterior.

Considero de elección las prótesis texturizadas de gel cohesivo de silicona, que han sido perfeccionadas consiguiendo un tacto mas blando. Subjetivamente hemos comprobado un descenso de los porcentajes de contractura capsular.

Aunque comparto el uso de las prótesis redondas, soy una ferviente defensora de las prótesis anatómicas e invito al Dr. Pérez-Macias a que no restringa su uso a la cirugía de reconstrucción mamaria. El amplio abanico de prótesis existentes en el mercado en cuanto a forma y proyección, nos permite personalizar más el adecuado a cada paciente. Mientras que las prótesis redondas pueden ser utilizadas en todos los casos, creo que la "relativa prudencia" en el uso de las prótesis anatómicas se debe a que exige no solo una excelente selección del caso, sino también una mayor dificultad técnica, como es la disección mas precisa del bolsillo y la comprobación de que el implante se coloca en una correcta posición (sin rotaciones, dado que tiene unas formas) (3, 4, 5). Reservo las prótesis anatómicas para aquellos casos con hipoplasia severa o moderada, que no presentan ptosis, ni alteraciones en el parénquima mamario. Su forma natural, proporciona un relleno gradual del polo superior con respecto a las prótesis redondas.

Utilizo tanto el abordaje inframamario como areolar. Considero menos traumática para la glándula mamaria la vía inframamaria si la prótesis se coloca parcialmente retromuscular. Como inconvenientes reseñar aquellos casos en los que puede haber alguna variación en la localización (descenso o ascenso) de la prótesis dejando la cicatriz más visible, o la simetría de las mismas en el tórax si la paciente desea retirar las prótesis en un futuro. Compruebo como muchas de las pacientes más jóvenes pueden realizar topless sin pudor ni complejo por dichas cicatrices, si bien deben quedar perfectamente ajustadas a nivel del nuevo surco mamario. Presento dos casos de hipoplasia mamaria congénita en los que se han utilizado prótesis anatómicas de gel cohesivo por vía inframamaria.

Nunca utilizo esta vía inframamaria en aquellos casos que requieran una disminución de la areola, que necesite mayor libertad para ajustar la altura del nuevo surco en el postoperatorio, o que tengan una mama ptosica, donde la vía areolar es de elección.

Aunque en la practica totalidad de los casos utilizo la colocación del implante parcialmente submuscular, creo que el plano retroglandular puede ser considerado si la paciente no presenta un pecho descolgado y tiene suficiente recubrimiento o masa dérmico-glandular, que no denote al tacto el implante. Diría que en más de un 95 % de los casos no dejo drenaje, siendo muy meticulosa en la hemostasia. Debo decir que no he apreciado un aumento de los hematomas o de la incidencia de contractura capsular. Tras vendar a la paciente, queda ingresada durante 24 h. pues el control de sus movimientos provoca un menor sangrado. Mantengo el vendaje durante 48-72 h. según el caso, reservando el uso de banda elástica en el polo superior para un número muy limitado de casos.

La mayor dificultad lo constituyen aquellos casos con pecho descolgado y poca consistencia glandular, o mamas tuberosas, especialmente si la paciente muestra su preocupación por la longitud de sus cicatrices. En este sentido considero que ha habido un abuso en el uso de prótesis de mayor tamaño, con la falsa creencia de recoger la piel sobrante.

Bibliografía:

1- Cash TF, Duel LA, Perkins LL: Women´s psychosocial outcomes of breast augmentation with silicone gel-filled implants: a two years prospective study. Plast Reconstr Surg 109:2112, 2002

2- Westreich M: Anthropomorphic breast measurement: protocol and results in 50 women with aesthetically perfect breasts and clinical application. Plast Reconstr Surg 100:468, 1997

3- Spear SL:Breast augmentation with reduced-height anatomic implants:the pros and cons. Clin Plast Surg 28:561, 2001

4- Tebbets JB: McGhan´s biodimensional augmentation system cohesive gel mammary implants. Instructional video. McGhan Medical Corporation, Santa Barbara, CA, 1993

5- Tebbets JB:Breast augmentation with full-height anatomic saline implants: the pros and cons. Clin Plast Surg 28:567, 2001.

Cirugía Estética-Plástica

DR. F. MENÉDDEZ-GRAIÑO
DRA. CARMEN PENA
DRA. PILAR IZQUIERDO

Mamoplastia de aumento en anomalías. Principios elementales de tratamiento

Son muy pocas las pacientes que desean un aumento de mamas y que tengan un tórax proporcionado, una hipoplasia o atrofia mamaria con un surco submamario correcto, una areola adecuada y una simetría.
La mayoría son pacientes que además de tener un escaso volumen glandular, ya sea por falta de desarrollo o atrofia, presentan otras anomalías asociadas que hacen complejo su tratamiento.

Texto:
Dr. Francisco Menéndez-Graiño
Unidad de Cirugía Plástica, Estética y Microcirugía.
Oviedo

El grupo de pacientes cuyo problema no se resuelve sólamente con la implantación de una prótesis mamaria es muy amplio: mamas tuberosas con hipertrofias areolares, pseudohernias del complejo, falta de expansión de polos inferiores, ptosis en sus diferentes grados con exceso de piel flácida, asimetrías glandulares a veces con areolas de implantación ectópica, y otros muchos casos que, además, pueden asociarse a deformidades torácicas como pectus excavatum o carinatum o con afectaciones múltiples como el Síndrome de Poland.

Todas ellas tienen tan sólo en común la necesidad de aumentar su volumen mamario pero esto como único tratamiento no sólo no mejorará el problema, sino que muy probablemente lo acentuará.

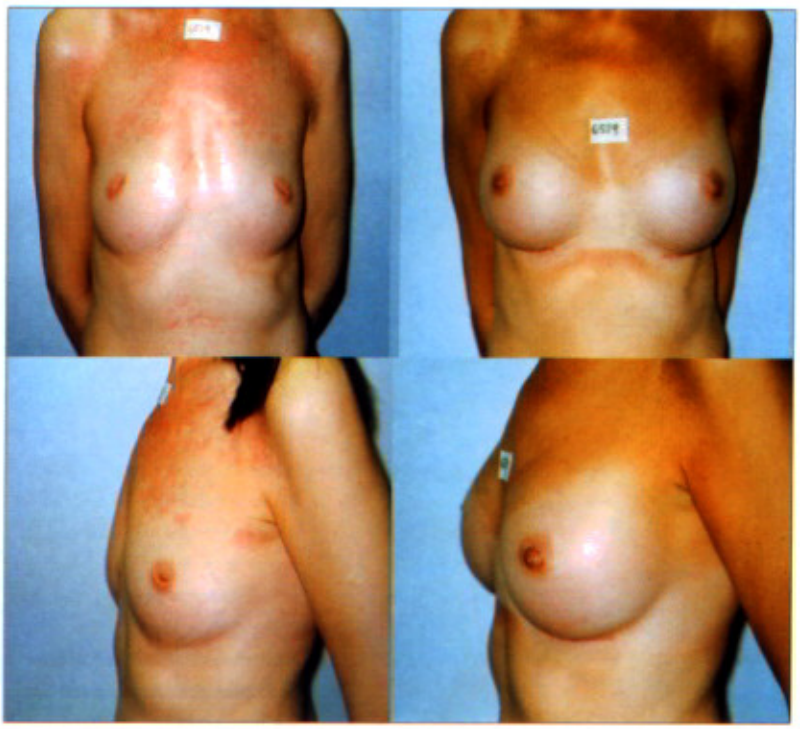
Son pacientes que en la mayoría de los casos no son conscientes de la causa que motiva su problema y lo único que ven es que tienen unas mamas de pequeño tamaño y que además son distintas o que sencillamente son feas o están caídas.

Objeto del trabajo

El propósito de este trabajo es mostrar nuestra actitud ante este frecuente grupo de pacientes y manifestar lo que consideramos como principios fundamentales a la hora de proceder a su tratamiento.

En primer lugar hay que hacer un cuidadoso análisis de las proporciones para conocer cual es el origen o factor prioritario de la deformidad, valorando la gran influencia de la caja torácica (deformidades costales, esternales, escoliosis, cifosis, etc.) y sus partes blandas (músculo, glándula, complejo areola pezón y piel).

Hay autores que dicen que la asimetría mamaria y de los surcos submamarios está casi siempre presente en la mujer (1) e incluso que el lado izquierdo



Paciente de 43 años con tórax en quilla y pezones invaginados tratada con un aumento subpéctoral por surco.
La prótesis de la mama izquierda se coloco levemente lateralizada para corregir visualmente la deformidad.

suele ser más protuberante que el derecho con un aplanamiento de los cartílagos costales debido a la silueta cardiáca (2). La presencia de una asimetría por pequeña que ésta sea deberá de ser detectada preoperatoriamente recurriendo a la palpación y estudios radiológicos con el fin de conocer la etiología, ya que si la deformidad es de su tórax difícilmente la implantación de una prótesis podrá resolver su problema; en cambio, si la causa está en partes blandas, con una remodelación tisular adecuada se lograrán excelentes resultados.

Deformidades esqueléticas

Si la deformidad esquelética es moderada y si la paciente acepta esa ligera asimetría o alteración no patológica, puede verse mejorada mediante una elección individualizada de la prótesis.

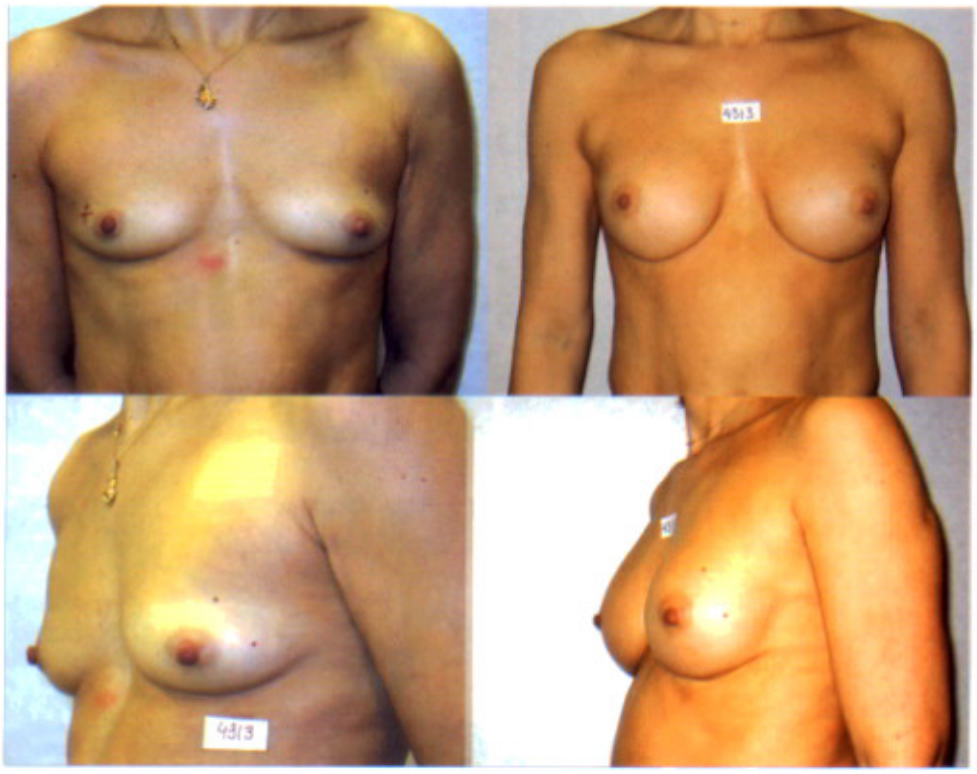
Si es de mayor grado, probablemente precisará una prótesis prefabricada según su defecto y si ello es insuficiente será el cirujano torácico quien pueda conjuntamente con el cirujano plástico poner remedio a su caso(3).

Deformidades de partes blandas

Cuando la anomalía reside en las partes blandas como en el grupo de las mamas tuberosas en sus diferentes tipos (4), el aumento exclusivo de volumen mamario muy probablemente conseguirá tan solo empeorar el problema. Habrá que dar primero una forma adecuada, armónica y proporcionada a los tejidos que tenemos, que realmente van a ser los que se proyectarán sobre una perfecta base sintética predefinida que es el implante.

De poco sirve tener un buen soporte si la cú-

Paciente de 34 años con mamas asimétricas, hipoplásicas, ptósicas y levemente tuberosas. Se hizo un abordaje periareolar para reducir las areolas y se liberó la cara posterior glandular descendiendo subcutáneamente hasta el surco, se hicieron varias incisiones radicales retroglandulares. Prótesis subpectorales dado que la piel supraareolar era muy fina.



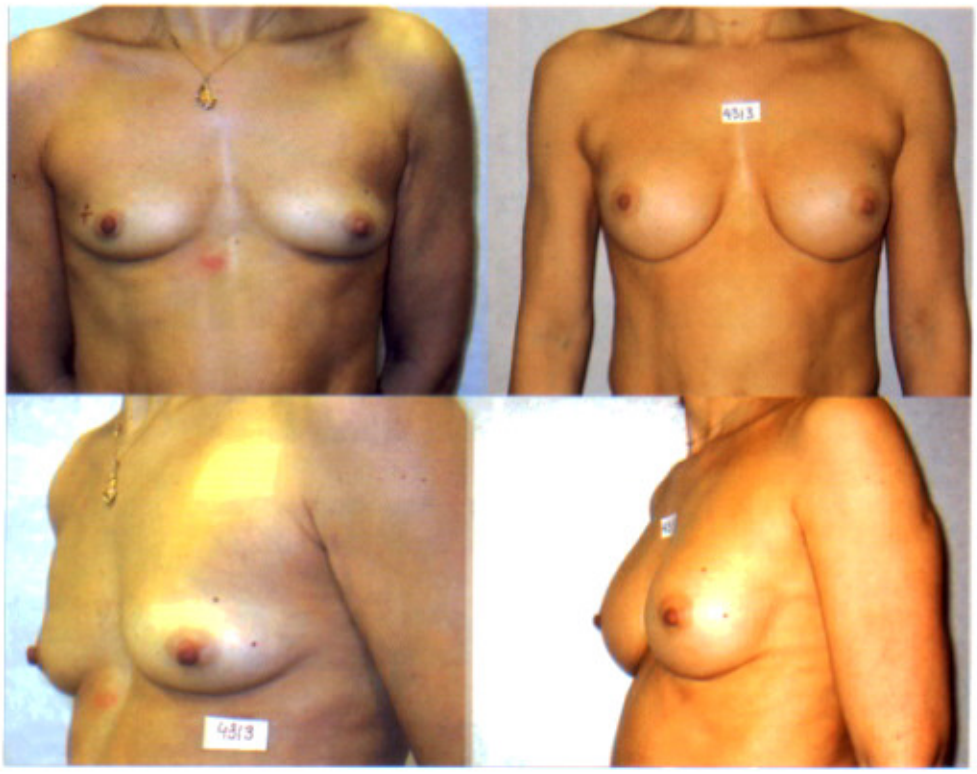
Izquierda: Paciente de 39 años con ausencia importante de tejido en los polos inferiores y una distancia menor de 4 cms desde el pezón. Se trató abordando desde surco el tejido mamario y liberando la constricción con cuatro incisiones radiales de la base glandular, se asoció un aumento protésico subglándular.

pula que se apoya sobre el mismo es fea o esta desproporcionada. Por tanto, habrá que recurrir a diferentes métodos como aperturas radiales para expansión de la cápsula fascial y los anillos de constricción que habitualmente afectan a su base, colgajos con transposición glandular, liberaciones musculares, etc. (5,6,7 y 8). Las vías de abordaje más habituales para ello son la periareolar o a través del surco submamario.

Si la paciente presenta una ptosis con vacío de los polos superiores, falta de volumen por atrofia postlactancia, paso de los años, flacidez, etc.., en la mayoría de los casos hay un exceso de piel, que difícilmente se verá corregido con la implantación de una prótesis, a no ser que ésta sea de gran tamaño, lo cual es desaconsejado por la mayoría de los cirujanos plásticos.

El procedimiento correcto sería el reajuste tisular con resección cutánea aun a expensas de dejar cicatrices que lógicamente no desean las pacientes. La resección según el caso será en donut, vertical o en T más o menos modificada según la

Descripción de las imágenes:
Paciente de 47 años con mamas ptósicas e hipoplásicas.
Mastopexia con cicatriz vertical asociada a aumento subglandular.



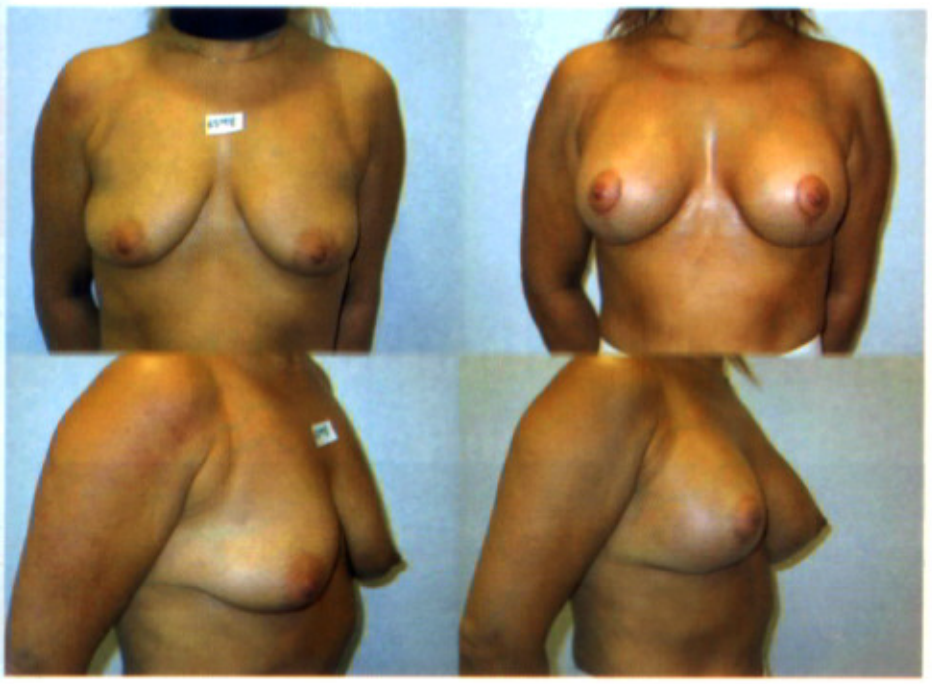
Izquierda: Paciente de 39 años con ausencia importante de tejido en los polos inferiores y una distancia menor de 4 cms desde el pezón. Se trató abordando desde surco el tejido mamario y liberando la constricción con cuatro incisiones radiales de la base glandular, se asoció un aumento protésico subglándular.

pula que se apoya sobre el mismo es fea o esta desproporcionada. Por tanto, habrá que recurrir a diferentes métodos como aperturas radiales para expansión de la cápsula fascial y los anillos de constricción que habitualmente afectan a su base, colgajos con transposición glandular, liberaciones musculares, etc. (5,6,7 y 8). Las vías de abordaje más habituales para ello son la periareolar o a través del surco submamario.

Si la paciente presenta una ptosis con vacío de los polos superiores, falta de volumen por atrofia postlactancia, paso de los años, flacidez, etc.., en la mayoría de los casos hay un exceso de piel, que difícilmente se verá corregido con la implantación de una prótesis, a no ser que ésta sea de gran tamaño, lo cual es desaconsejado por la mayoría de los cirujanos plásticos.

El procedimiento correcto sería el reajuste tisular con resección cutánea aun a expensas de dejar cicatrices que lógicamente no desean las pacientes. La resección según el caso será en donut, vertical o en T más o menos modificada según la

Descripción de las imágenes:
Paciente de 47 años con mamas ptósicas e hipoplásicas.
Mastopexia con cicatriz vertical asociada a aumento subglandular.



Descripción de las imágenes:
Paciente de 42 años con ptosis mamaria que fue tratada con prótesis subgladulares más mastopexia con cicatriz vertical. Se elevó dos cm la areola derecha y tres la izquierda.

técnica de mastopexia elegida. Es muy importante seguir en estos casos los pasos recomendados: Incisión predeterminada de abordaje, inserción de prótesis en el plano elegido (en nuestra experiencia en los casos de ptosis mamaria asociada, la elección suele ser subglándular) remodelación tisular mediante mastopexia y finalmente (nunca antes) resección cutánea.

Este mismo planteamiento lo podemos realizar ante aquellas pacientes que han tenido prótesis de gran volumen durante varios años y que precisan un recambio a un volumen inferior en el que suponemos que quedará un exceso cutáneo o en aquellas que han sufrido reducciones quirúrgicas excesivas por hipertrofia años antes o que han sufrido adelgazamiento importante con gran repercusión en su armonía mamaria.

Conclusiones

El examen clínico de una paciente que desea un aumento de mamas y que presenta algún tipo de asimetría mamaria ha de verse complementado con un buen estudio fotográfico y radiológico torácico para valorar el grado de asimetría.

Un alto porcentaje de estas mujeres nunca han sido conscientes de padecer esta anomalía y centran exclusivamente su problema en la escasez de volumen.

La falta de detección del agente responsable puede conducir a un resultado mediocre si como único tratamiento se utiliza una prótesis. Por ello es indispensable determinar si depende de una deformidad esquelética o de partes blandas para actuar a nivel que proceda.

En aquellos casos en que se considere necesaria una remodelación tisular junto a una resección cutánea para un buen resultado, será en general prioritario esto último aun cuando vaya en detrimento de la paciente al tener que añadir cicatrices a las que serían habituales de una cirugía convencional de aumento.

BIBLIOGRAFIA

1.-Ribeiro, L., Canzi , W., Buss, A. Jr. And Accorsi A. Jr. : Tuberous breast : A new Approach. Plast. Reconstr. Surg. 101:42, 1998

2-Hodgkinson, D.J. : The management of anterior chest wall deformity in patients presenting for breast augmentation. Plast. Reconstr. Surg. 109:1714, 2002.

3-Gruber ,R.P., Friedman G.D. Aesthetic Surgery of the Breast. Ed. Georgiade N.G. Philadelphia: Saunders Company, 1990. Pp 88-9.

4-Grolleau, J.L., Lanfrey, E., Lavigne, B. Chaboin, J.P and Costagliola, M.: Breast base anomalies: Treatment strategy for tuberous breast, minor deformities, and asymetry. Plast. Reconstr. Surg. 104: 2040, 1999.

5-Muti, E.: Personal approach to surgical correction of the extremely hypoplastic tuberous breast. Aesth. Plast. Surg. 20:385. 1996.

6-Panettiere, P., Del Gaudio G-V, Marchetti, L. and Accorsi, D.: The tuberous breast syndrome. Aesth. Plast. Surg. 24:45. 2000.

7- Marchioni, E. E.: Surgical treatment of tuberous breast with bilateral mega-areola with a periareolar scar technique. Ann. Plast. Surg. 30:363. 1988.

8-Dinner, M.I. Tuberous breast: a new approach. Letter. Plast . Reconstr. Surg. 101:51. 1998.

CONTESTACIÓN DEL DOCTOR CRISTINO SUÁREZ LÓPEZ DE VERGARA
al artículo "Mamoplastia de aumento en anomalías" del Doctor Menéndez Graiño

Felicito a los autores del trabajo, con los que coincido prácticamente en todo el contenido del mismo. Considero que los resultados mediocres de la mamoplastia de aumento vienen dados precisamente por las causas que exponen los doctores que firman este artículo.

Creo que es fundamental la exploración detallada de la mama y la exploración fotográfica de la misma comentada con la paciente, en donde se le expliquen las deformidades que pueden existir y la maximacion de las mismas con la colocación de unas prótesis.

Esto nos evitara en el futuro disgustos en la relación con la paciente en cuanto al resultado final. Si seria conveniente tener algún dato estadístico de cuantas pacientes que acuden a la cirugía de aumento mamario son portadoras de otras patologías relacionadas con la misma.

Asimismo es importante, en el momento del interrogatorio, preguntar a la paciente qué es lo que no le gusta de sus mamas, esto nos abre un horizonte en cuanto al tratamiento a seguir y nos ofrece la posibilidad de orientar el tratamiento o de desechar cualquier mínima anomalía que observemos.

El tema del reajuste tisular tiene que venir determinado por el exceso de piel que observemos en la exploración así como en las medidas clásicas de la horquilla esternal-pezón y pezón surco submamario.

Cualquier caso que sobrepase las medidas estándares debe de llevar aparejado un reajuste tisular. Igualmente soy de la opinión de que existe una asimetría mamaria en todas las mujeres y más aún que no existe una mitad del ser humano igual a la otra mitad, y consecuentemente en ocasiones tendremos que respetar esta asimetría mínima.

DR. JESÚS BENITO RUIZ

Aumento de mamas subfascial transaxilar

El aumento de mamas es un procedimiento con gran demanda y aceptación en nuestro medio. Existen varios tipos de implantes así como variadas técnicas en cuanto a acceso (vía de abordaje que determina el emplazamiento de la incisión) y situación del implante (subglandular y submuscular). La colocación por debajo del músculo pectoral mayor, obedece, fundamentalmente, a la evidencia estadística en la literatura científica, de que el riesgo de encapsulación es menor que cuando se sitúan detrás de la glándula.

Texto:
Dr. J. Benito Ruiz
Clínica de Cirugía Estética Dr. Benito

En mi práctica la vía transaxilar es la que más aceptación tiene, fundamentalmente porque la cicatriz queda escondida en un pliegue de la axila y porque la glándula no se ha de atravesar para la colocación del implante. La descripción original de Hoehler incluía la colocación subglandular del implante (1), pero trabajos posteriores de diversos autores determinaron que la vía axilar estuviera asociada a la colocación submuscular. La técnica ha sido criticada principalmente por la posibilidad de que la prótesis quedara alta, pero esto se debe fundamentalmente a que el músculo no es desinsertado adecuadamente en la zona distal. Desde Regnault (2) se sabe que para obtener un resultado estético adecuado el músculo ha de ser seccionado en todo el hemisferio caudal y se han desarrollado incluso técnicas endoscópicas para poder seccionar adecuadamente las inserciones caudales del músculo pectoral mayor (3,4).

Tanto por vía areolar como por la axilar, las dos formas más comunes de acceso, los resultados son buenos por lo general. Pero esto es estáticamente. Muchas pacientes que presentan un resultado bueno en reposo tras una operación de aumento de mamas muestran una deformidad del pecho en el momento de contraer el músculo pectoral, lo cual es habitual con cualquier actividad física. La mama se distorsiona y se marca el reborde del músculo (fig.1). Este es un problema más común de lo que parece.

La posición subglandular es la más natural, aunque las principales críticas en contra de la misma son la mayor incidencia de contractura capsular y el mayor riesgo de ptosis al lesionar los ligamentos de sujeción de la mama a la fascia. Por otra parte la colocación subglandular por la axila es difícil y requiere el uso de endoscopia para asegurar el plano de disección (5).

Graf en el año 2000 describió de forma somera la colocación subfascial del implante a través de la axila (6). No explicaba de forma detallada cómo se llevaba a cabo, por lo que ahondé en el tema me-

▶ *Aumento de mamas con prótesis submuscular:*
Imagen superior: Preoperatorio
Imagen central: Postoperatorio en reposo.
Imagen inferior: Postoperatorio con contracción del músculo. Obsérvese la distorsión de la glándula.

diante el estudio en cadáver y su aplicación clínica.

Bases anatómicas

Tanto en cadáver como en las imágenes obtenidas con endoscopia se evidencia que:

- Es posible disecar con cierta facilidad la fascia pectoral del músculo
- El bolsillo creado es subfascial en los dos tercios craneales y subglandular en el tercio distal (polo inferior de la mama). La vertientes medial y lateral del bolsillo son también subfasciales. La cara posterior del bolsillo está formada por el músculo pectoral mayor y la fascia de los musculos rectos y oblicuo mayor.

Técnica quirúrgica

Como en cualquier aumento, la planificación preoperatoria se realiza con la paciente de pie, y se marcan los límites del bolsillo incluyendo la posición del nuevo surco submamario. En los casos con ptosis glandular si la distancia entre el complejo areola-pezón y el surco es igual o mayor a 7 cm no se requiere bajar la posición del surco submamario.

Es muy similar a la axilar tradicional, pero una vez identificado el borde del músculo pectoral mayor, en vez de ir por debajo del mismo, se abre la fascia y se separa ésta del músculo. La disección puede comenzarse a tijera y seguir de forma roma con el dedo o con un disector de mama. El bolsillo subfascial tiene las mismas dimensiones que si se despegara por debajo del músculo. Se desinsertan las inserciones de la fascia con el disector de mama y se continua caudalmente hasta el nivel que hemos marcado como nuevo surco submamario.

Mediante luz fría o endoscopia podemos comprobar la integridad de la fascia y realizar la hemostasia que sea precisa.

Suelo utilizar un expansor – medidor para determinar la correcta forma y dimensiones del bolsillo y permite identificar aquellas zonas que precisan un despegamiento mayor. También es útil para decidir el volumen de la prótesis a implantar.

Resultados

He aplicado esta técnica en hipoplasias mamarias (23 pacientes) y también en 8 pacientes con ptosis glandular o ptosis grado I (mamas postparto). El implante queda muy natural y sin los problemas de desplazamiento debidos a la acción del músculo pectoral.

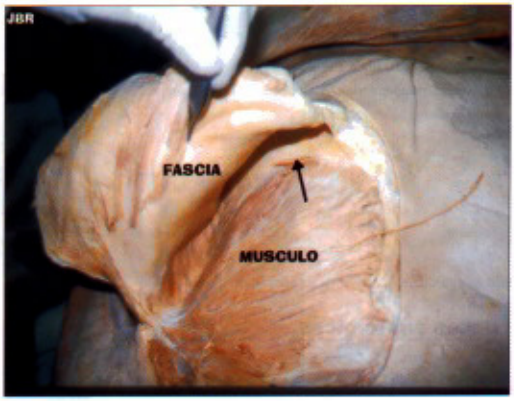
Hasta la fecha no ha habido ningún caso de contractura capsular ni de alteraciones permanentes de la sensibilidad, ni del complejo areola-pezon ni de la cara interna del brazo.

Discusión

El implante subfascial por via axilar tiene varias ventajas:

- Obtiene los mismos resultados que la implantación subglandular por la areola con la ventaja de tener la cicatriz escondida.
- La via subfascial es un abordaje natural para la colocacóon del implante desde la axila y detrás de la glandula mamaria
- Hay menos riesgo de lesión de cambios de sensibilidad de la cara interna del brazo ya que la

▸ Derecha:
Imagen anatómica de la disección subfascial.
La flecha muestra el límite distal de la fascia, que a este nivel se desinserta.



▸ Abajo:
Aumento subfascial por vía axilar. Prótesis texturada de gel de silicona de 260 cc.

disección es más superficial

- No hay dobles contornos

- El resultado estático es igual que el dinámico. No hay distorsiones de la forma de la mama lo que permite que la paciente pueda realizar cualquier tipo de actividad física.

- La recuperación es más rápida ya que no tenemos que seccionar el músculo pectoral mayor y por tanto la paciente tiene menos dolor.

La colocación submuscular en pacientes con mamas post-parto puede dar lugar a dobles contornos, bien porque la glándula caiga en relación al implante o bien porque aparece un doble surco formado por el contorno de la prótesis en el polo inferior y el perfil de la glándula, separados por el músculo.

La vía axilar era una contraindicación en este tipo de mamas ya que requería modificaciones tecnicas como las desarrolladas por Barnett (7) o la de Tebbets (8).

La implantación subfascial permite que la prótesis rellene y proyecte adecuadamente la mama, con la ventaja de hacerlo por la axila y esconder la cicatriz. Las pacientes son este tipo de mama sólo quieren tener la mama que lucían antes de los embarazos o durante los mismos y que ha "quedado vacía" tras la fi-

Descripción de las imágenes:
Las dos imágenes superiores corresponden a una paciente donde se practicó un aumento por vía axilar, introduciendo prótesis texturadas de gel de silicona de 300 cc.
Las dos imágenes inferiores presentan una paciente con ptosis mamaria tratada únicamente con prótesis de mama subfascial por vía axilar.

nalización de la lactancia.

La colocación de un implante remeda la mama que tenían durante el embarazo, rellenando el volumen perdido y mejorando el polo superior.

Es mi opinón que no hay necesidad de hacer mastopexias en estas pacientes dejando una cicatriz periareolar que puede ser demasiado visible si su evolución es la incorrecta.

En conclusión la colocación subfascial por via axilar auna las ventajas del abordaje axilar en cuanto a la cicatriz e inviolabilidad de la mama y las del aumento subglandular en cuanto a naturalidad del resultado y estabilidad independientemente de la acción del músculo pectoral mayor.

BIBLIOGRAFIA

1. Hoehler H. Breast augmentation: the axillary approach. Br J Plast Surg 1973 Oct;26(4):373-6
2. Regnault P. Partially submuscular breast augmentation. Plast. Recons. Surg., 1977, 59: 72-76.
3. Ho LC. Endoscopic assisted transaxillary augmentation mammaplasty. Br J Plast Surg 1993 Jun;46(4):332-6
4. Price CI, Eaves FF 3rd, Nahai F, Jones G, Bostwick J 3rd. Endoscopic transaxillary subpectoral breast augmentation. Plast Reconstr Surg 1994 Oct;94(5):612-9
5. Villafane O, Garcia-Tutor E, Taggart I. Endoscopic transaxillary subglandular breast augmentation using silicone gel textured implants. Aesthetic Plast Surg. 2000 May-Jun;24(3):212-5.
6. Graf RM., Bernardes A., Auersvald A., Costa Damasio RC. Subfascial Endoscopic Transaxillary Augmentation Mammaplasty. Aesth. Plast. Surg., 2000, 24:216-220.
7. Barnett A. Transaxillary subpectoral augmentation in the ptotic breast: augmentation by disruption of the extended pectoral fascia and parenchymal sweep. Plast. Recons. Surg., 1990, 86 :76-83.
8. Tebbets J. Dual Plane Breast Augmentation: Optimizing Implant-Soft-Tissue Relationships in a Wide Range of Breast Types Plast. Recons. Surg. 2001;107:1255-1272

PIES DE FIGURAS

Fig. 1. Aumento de mamas con protesis submuscular A) Preoperatorio B) Postoperatorio en reposo C) Postoperatorio con contracción del músculo. Obsérvese la distorsión de la glándula

Fig. 2. Imagen anatómica de la disección subfascial. La flecha muestra el limite distal de la fascia, que a este nivel se desinserta.

Fig. 3. Aumento subfascial por via axilar. Protesis texturada de gel de silicona de 260 cc.

Fig. 4. Aumento subfascial por via axilar. Protesis texturada de de gel de silicona de 300 cc

Fig. 5. Paciente con ptosis mamaria tratada unicamente con protesis de mama subfascial por via axilar

CONTESTACIÓN DEL DOCTOR EUGENIO LALINDE
al artículo "Aumento de mamas subfascial transaxilar" del Doctor J. Benito

La apuesta del Dr. Benito se apoya en dos aspectos ya bien conocidos en el aumento mamario: reducir en lo posible la cicatriz mejorando la apariencia estética, y ocultar la prótesis sin modificar la función muscular, mejorando con ello el postoperatorio de la paciente, y la repercusión del borde inferior del músculo sobre el aspecto de la mama operada.

Cada punto de los tratados tiene sus ventajas y desventajas. La incisión axilar indiscutiblemente mejora la apariencia externa al no existir cicatrices, no atraviesa la glándula por lo que no altera el parénquima mamario, y finalmente la retracción cicatricial subareolar no es evidente en las primeras fases de la cicatrización. Sin embargo hay un alto porcentaje de malposiciones de la prótesis y asimetrías por la dificultad de hacer un bolsillo simétrico, y asimismo dificulta la utilización de ciertas prótesis entre ellas las anatómicas.

El otro aspecto hay que analizarlo con más profundidad intentando saber si cumple con los objetivos que se buscan. Al tapar el músculo con la prótesis buscamos dejar la prótesis mas oculta y por tanto que sus características no se traduzcan al exterior, entre ellas están el rippling, el borde superior muy definido, y el encapsulamiento en caso de que se produzca.

Personalmente creo que la mas importante es la segunda ya que la transición de la mama al tórax en la parte baja de la prótesis (surco submamario) esta muy bien marcada en la mama normal, pero en su límite superior las mamas presentan una transición suave. Al colocar la mama en posición submuscular esto se consigue muy aceptablemente. Personalmente creo que a pesar de colocar la prótesis subfascial es difícil en pacientes delgadas conseguir este aspecto de suavidad en el borde superior de la prótesis, por lo que su forma final sería similar a la colocación subglandular del implante.

El problema que el Dr. Benito sugiere acerca de la apariencia visible del borde inferior del músculo es aparente en ocasiones, pero desde mi punto de vista es poco frecuente si el músculo es poco potente y la desinserción se hace correctamente. Este aspecto que es cierto que se presenta en algunas mujeres debería servir como indicación para excluir de esta posibilidad de tratamiento submuscular a mujeres deportistas o con un músculo pectoral muy desarrollado

En resumen, la ventaja que puede tener esta técnica sobre la colocación subglandular del implante es encontrar un plano de clivaje mejor al descrito en la situación subglandular, y sus resultados estéticos son asimilables a esta técnica. No creo que cambie mucho la discusión permanente sobre las indicaciones de situación submuscular o no, ya que los objetivos de la colocación submuscular van por otros derroteros. De cualquier manera si el plano de clivaje es mejor, facilita la colocación del implante y evita las asimetrías, bienvenida sea esta técnica, y todas las discusiones que mejoren el resultado final en este importante capítulo de la cirugía estética

DR. JUAN A. MIRA

Aumento de mama con prótesis anatómicas asimétricas

Durante más de 40 años los laboratorios de prótesis mamarias nos han ofrecido implantes que, con pequeñas variaciones, se reducían a una forma geométrica, de esfera o got, y unilateral (simétrica).
Desde siempre pensamos que esta imposición nuestros planteamientos clínicos a los económicos: son más complicados (menos rentables) los pares que las unidades, las figuras geométricas que las reproducciones anatómicas.

Texto:
Dr. Juan A. Mira
Hospital 9 de Octubre. Valencia

Durante casi medio siglo se nos ha mantenido la idea de que las prótesis deben ser "de un solo lado". Y esto en el ser humano es tan absurdo como que los guantes deben ser "de una sóla mano". O los zapatos "de un solo pie"...

Es por ello que nos llenó de satisfacción poder colaborar con los laboratorios Poly Implants Prothèse en el desarrollo, según nuestra documentación, de las primeras prótesis verdaderamente anatómicas (y por tanto asimétricas) de la historia.

Historia

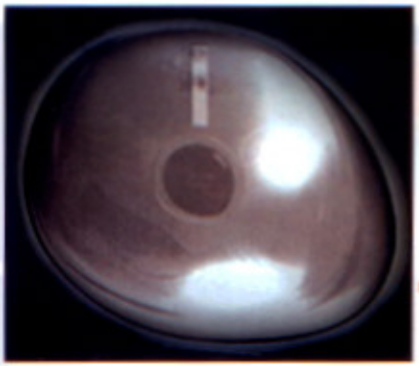
Conocer los laboratorios Poly Implants Prothèses, cerca de Toulon, fue una experiencia muy interesante. Sus sistemas de investigación y desarrollo son excelentes.

Animados por todo lo que pudimos vivir allí iniciamos el desarrollo de un procedimiento quirúrgico para la aplicación de sus Prótesis Anatómicas Asimétricas. Y que no fue mucho más que la adaptación de nuestra técnica habitual de aumento mamario vía transareolar inferior, a unas formas diferentes.

El 11 y 12 de diciembre de 2001 llevamos a la clínica el proyecto con el implante de dos primeros pares.

El resultado inmediato fue inesperado. Bajo nuestro punto de vista, los pechos de nuestras primeras pacientes nos aparecían como excesivamente amplios. Nada igual a lo conocido por nosotros con implantes anteriores.

Comunicamos al laboratorio que suspendíamos temporalmente la experimentación clínica pues debía modificarse tanto en el diseño (los localizadores de posición), como la técnica (su implante había sido bastante más dificultoso que lo acostum-



Descripción de las imágenes:
Izquierda: Prótesis anatómica asimétrica derecha (P.I.P 2001).
Derecho superior: Prótesis anatómicas asimétricas bilaterales (P.I.P 2001).

Descripción de las imágenes:
Superiores
Izquierda: Proyección anterior y posterior.
Centro: Proyección lateral.
Derecha: Proyección inferior.
Inferiores.
Izquierda: Proyección inferior.

brado)....

Y continuar así valorando a nuestras pacientes con una gran objetividad (subjetivamente siempre estuvieron encantadas...).

Fue pasados los 3 meses de la intervención cuando pudimos observar las verdaderas posibilidades técnicas del implante. A nuestro modo de ver, su "eje mayor horizontal" aportaba una mayor sensación de plenitud al pecho. Esto nos animó a continuar con el proyecto.

En año y medio hemos intervenido a cerca de 200 pacientes. No diseñamos análisis objetivos especiales. Pero sí hemos obtenido un dato: grado de satisfacción personal.

El resultado ha sido óptimo: el 100 % de ellas están contentas.

En cirugía estética, para nosotros, esto ha sido un principio muy importante.

Características de las prótesis anatómicas asimétricas

Las prótesis anatómicas asimétricas P.I.P. reproducen el pecho femenino (tanto el izquierdo como el derecho) de forma normal, llenando completamente toda la capacidad potencial del mismo. Con ello podemos conseguir fácilmente un pecho lleno y natural.

En la cara anterior observamos cuatro expansiones: superior (delgada y alta), inferior (ancha y corta), media (estrecha y larga) y lateral (amplia y extensa). Hay una marca visual que nos confirmará, una vez implantada, la posición correcta.

En la cara posterior vemos (y podemos palpar) los posicionadores tactiles: dos en la parte superior y uno en la inferior.

La cara posterior de la prótesis es cóncava, con ejes asimétricos. Este hecho le confiere la peculiaridad de adaptarse de forma estable a la pared torácica (convexa), impidiendo su rotación.

Comparación de prótesis asimétricas con las tradicionales

Comparemos las prótesis asimétricas con las tradicionales:

Prótesis redondas: las prótesis asimétricas se expansionan más que las ovales radialmente , en toda su circunferencia. Este volumen superior nos debe hacer exceder en aproximadamente un 30 % la capacidad en prótesis asimétrica con respecto a la que utilizaríamos nominalmente para la misma paciente usando una prótesis redonda.

Prótesis ovales: las prótesis asimétricas son generalmente más extensas los ejes horizontales y más reducidas en los verticales. A grandes rasgos esto representa aproximadamente un 10-15 % más de volumen en prótesis asimétrica que para el mismo caso con una prótesis oval.

Sus medidas están altamente estudiadas para ser suficientes en los casos habituales. Y en nuestra

Descripción de las imágenes:
Superior izquierda: Protección de prótesis redonda sobre asimétrica.
Superior derecha: Proyección de prótesis oval sobre asimétrica.
Inferior izquierda: Comparación de expansión de prótesis, redonda sobre asimétrica.
Inferior derecha: Comparación de expansión de prótesis, oval sobre asimétrica.

práctica lo hemos corroborado.

Ésta reducida gama hace que se pueda disponer permanentemente en quirófano de partes todos los tamaños.

Indicaciones

Desde que nos iniciamos con este diseño hemos utilizado prótesis asimétricas para todos nuestros casos de aumento mamario simple.

Hemos observado su comportamiento interesante en casos moderados de asimetría o divergencia de pezones.

Y especialmente útiles en casos de mama tuberosa o ptósica.

Procedimiento

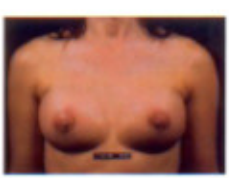
Todas las intervenciones las hemos realizado sobre pacientes sanas, bajo la anestesia general.

Una vez dormida la paciente le infiltramos Ultracain con Epinefrina 1/100.000 ® en la línea de incisión (transareolar inferior) y en el canal de introducción del implante (transglandular directo). Son suficientes 1.8 c.c. para cada lado.

Utilizamos normalmente la vía transareolar inferior. Durante más de 25 años hemos observado siempre una evolución muy positiva de este acceso, con un resultado estético bueno y sin incidencia en la sensibilidad o lactancia.

No hemos realizado la vía submamaria, salvo en los casos que combinamos una pexia vertical inferior para corrección de su ptosis.

Realizamos el túnel de la glándula por disección roma, llegando directamente así al espacio supra-pectoral. Creemos que con los alojamientos subpectorales perderíamos las posibilidades de este diseño, pudiendo llegar a resultados impredecibles.



Descripción de las imágenes:
Extensión y corrección eficaz de divergencia de areola.
Pre y post - 450 cc.

Descripción de las imágenes:
Pre y post intervención. Prótesis de 370 cc.

Descripción de las imágenes:
Mama tuberosa

Recomendamos por ello la utilización de prótesis tradicionales en los procedimientos retropectorales.

El despegamiento de la glándula lo realizamos con los dedos índice y medio. Como norma práctica, cuando "entran" estos, cabrá perfectamente el separador y una prótesis de cualquier tamaño.

Siempre bajo visión directa, podemos usar alguna vez para liberar los tejidos una pinza disectora con torunda húmeda y excepcionalmente la tijera.

Cada vez con más frecuencia realizamos un descenso del pliegue submamario en 1 ó 2 centímetros. Creemos conseguir así una mejor expansión de la prótesis y un resultado más natural.

La coagulación bipolar es normalmente suficiente para lograr una completa hemostasia.

Comparamos la simetría de despegamiento en ambos lados y finalmente introducimos una cánula (Redon de 10 mm), que saldrá por la parte superior de la areola, lugar donde también se fijará su anclaje de seguridad.

Hay que vigilar al personal circulante de quirófano que nos ofrezca la prótesis del volumen y sobre todo del lado (izquierdo o derecho) adecuado. Actualmente en la etiqueta está solo en francés e inglés. Hemos propuesto al laboratorio una identificación iconográfica más práctica.

La introducción de las prótesis asimétricas es más dificultosa que los modelos tradicionales. Utilizamos un separador de Biggs de 40 mm y una pequeña valva para ayudarnos en la apertura del canal de entrada. El gel cohesivo del implante nos permite que, con un cierto movimiento ameboideo, consigamos en todos los casos su introducción sin extender la incisión fuera de la areola.

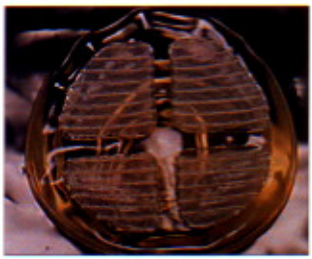
Una vez alojado es imprescindible comprobar su posicionado.

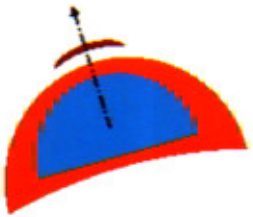
Existe para ello una marca visual anterior: es una banda lisa vertical que destaca sobre su superficie texturizada. Hay que tener muy en cuenta que su posición no coincide exactamente con la areola, pues su proyección está algo más hacia arriba y hacia afuera.

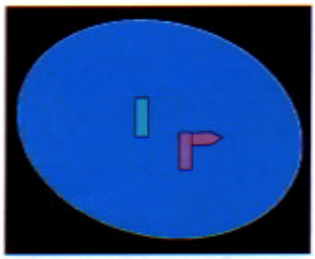
Debido al perfil cóncavo y asimétrico, la rotación del implante, una vez alojado, es muy difícil. Para desplazamientos superiores a 30° es preferible extraer el implante e introducirlo de nuevo.

Suturamos la glándula con Monocryl ® 3/0 y las capas hipodérmicas (incluida una continua subcutánea) con Vicryl Rapid ® 3/0.

El único apósito es SteriStrip ® encima de la







Descripción de las imágenes:
Izquierda: Prótesis oval unilateral.
Central: Vectores de elevación con rotación interna de areola. Prótesis tradicional y asimétrica.
Derecha: Localizador anterior (azul: actual - Lila: propuesto)

herida quirúrgica. Esto permitirá a la paciente ducharse diariamente.

No somos partidarios de vendajes compresivos o sostenes ortopédicos. Los sujetadores comerciales deportivos nos han sido siempre suficientes para conseguir una inmovilización correcta y cómoda para la paciente.

La paciente pasa terminada la intervención y ya consciente a su habitación. Nuestro anestesista le da el alta a las pocas horas.

Los cuidados postoperatorios son los habituales: retiramos drenajes en 24-48 horas, SteriStrip en 3-4 semanas y sujetador deportivo en 45-60 días.

Informamos a la paciente que un resultado normal (visual y táctil) no lo tendrá antes de 3 meses de su intervención, fecha en que le damos su informe de alta.

Conclusiones

Afirmar que con las prótesis anatómicas asimétricas obtenemos mejores resultados que con las tradicionales es todavía muy arriesgado.

Si podemos decir que todas nuestras pacientes están muy satisfechas. Y nosotros también.

Porque, sin maniobras especiales, observamos correcciones muy interesantes en todos los casos de hipotrofia mamaria, y sobre todo en asimetrías, ptosis o divergencia de pezones.

Hemos imaginado diagramas que podrían explicarnos las líneas de fuerza que condicionarían esas ocurrencia.

Pero el camino está solo iniciado y prácticamente por recorrer. Invitamos a todos a que se apunten al viaje. Porque no debemos pensar en pasado: conformarnos con corregir solo el volumen en las hipotrofias mamarias, si podemos corregir también su forma. A la vez y sin más esfuerzo.

La réplica verdaderamente anatómica, las Prótesis Anatómicas Asimétricas, nos abre un nuevo horizonte para la cirugía estética plástica.

Creemos que deberá ser tenido en cuenta.

B BIBLIOGRAFIA

1. Arion H: Statistics and breast implants Ann Chir Plast Esthet 42:194, 1997
2. Bettex S, Gailloud-Matthieu MC, Raffoul W, Egloff DV: Breast augmentation: indications, types of prostheses, surgical techniques, complications, results. Rev Med Suisse Romande. 119:729, 1997
3. Bogetti P, Boltri M, Balocco P, Spagnoli G: Augmentation mammaplasty with a new cohesive gel prosthesis. Aesthetic Plast Surg 24:440, 2000
4. Clark P, Garbe E, Habbick B, Lawrence V, Spitzer WO.: Questions on breast-implants study: Lancet 351:1358, 1998
5. Goldberg P, Habal MB: Future directions in breast implant surgery. Clin Plast Surg 28:687, 2001
6. Hidalgo DA: Breast augmentation: choosing the optimal incision, implant, and pocket plane. Plast Reconstr Surg 105:2202,2000.
7. Maillard GF: McGhan style 410 anatomic breast implant. Plast Reconstr Surg 96:495,1995.
8. Mira, JA, Leyton, F.: Mamaplastia aumentativa vía transareolar inferior: 100 casos. Cuad Cir Plast Iber Lat Amer 7: 56, 1981
9. Niechajev I: Mammary augmentation by cohesive silicone gel implants with anatomic shape: technical considerations: Aesth Plast Surg 25:397,2001.
10. Rimareix F, Masson J, Couturaud B, Revol M, Servant JM: Breast reconstruction by inflatable anatomical implant. Retrospective study of 65 cases: Ann Chir Plast Esthet 44:239,1999
11. Tebbetts JB: What is adequate fill? Implications in breast implant surgery: Plast Reconstr Surg 97:1451,1996
12. Young VL, Watson ME: Breast implant research: where we have been, where we are, where we need to go: Clin Plast Surg 28:451,2001.

CONTESTACIÓN DEL DOCTOR MIGUEL GRAS DE MOLINS
al artículo "Aumento de mama con prótesis anatómicas asimétricas" del Dr. Mira

En primer lugar, felicitar al Dr. Mira por la muy amplia casuística que nos presenta. Un detalle muy importante es el hecho de remarcar que la simetría no existe en el ser humano (perfil derecho-perfil izquierdo).

Dada la estructura de dichos implantes, es obvio comprobar que reproducen con más fidelidad que ningún otro el contorno anatómico ideal, especialmente el lo referente a su concavidad posterior.

Coincido plenamente con el Dr. Mira en su indicación para casos de divergencia de pezones, e incluso en ptosis moderadas.

La técnica se revela más compleja que con las prótesis tradicionales, básicamente debido a su asimetría, aunque con una cierta práctica, es de suponer que se trata de un inconveniente menor.

Únicamente difiero en el hecho de no emplear vendajes compresivos. Dado que, excepto en casos muy selectivos, empleamos siempre prótesis de perfil redondo. Consideramos que la compresión nos permite mantener durante un período de cinco a siete días el diámetro del "bolsillo" a la medida deseada y al mismo tiempo, controlar parcialmente la hemostasia en el postoperatorio inmediato.

Por último, felicitar al Dr. Mira por su excelente trabajo, y, sobre todo, por abrir de esta manera una vía que veo muy interesante para mejorar progresivamente el nivel de resultados satisfactorios en las mamoplastias de aumento.

DR. RAMÓN VILA-ROVIRA
DRA. ANA TRIUS CHASSAIGNE

Utilización de las diferentes vías de acceso en la mamoplastia

Diferentes factores se barajan a la hora de escoger una vía de acceso para implantar las prótesis mamarias, a destacar: morfología de la mama, plano quirúrgico, tipo de prótesis, volumen de la prótesis, calidad de cicatrización, preferencia por parte del cirujano, preferencia por parte de la paciente.

Texto:
Dr. R. Vila-Rovira
Dra. A. Trius
Clínica Teknon
de Barcelona

Dada la gran diversidad de morfologías mamarias y de los diferentes tipos de prótesis mamarios de que disponemos en la actualidad, es importante indicar adecuadamente las diferentes vías de acceso con la finalidad de conseguir el mejor resultado.

Morfologías mamarias

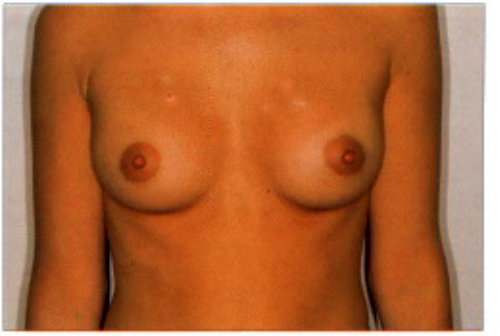
A la hora de valorar la indicación del aumento mamario, se debe valorar correctamente el tipo de mama que presenta la paciente. Así pues, y en términos generales nos encontramos con:

Mamas hipoplásicas primarias: son aquellas mamas poco o prácticamente nada desarrolladas que no presentan apenas surco submamario y no presentan tampoco exceso de piel. Son mamas muy agradecidas al aumento mamario, si bien no permiten grandes volúmenes protésicos.

Mamas hipoplásicas secundarias o hipotróficas: generalmente son debidas a importantes pérdidas de peso o involuciones mamarias post-lactancia. Las mamas se presentan vacías en mayor o menor grado e igualmente con mayor o menor grado de ptosis. Se beneficiarán de un aumento mamario en función de esta ptosis, ya que si es muy importante requerirá mastopexia asociada. El otro gran grupo de mamas hipoplásicas secundarias son las debidas a cirugía previa, mastectomías que requerirán expansión tisular previa o reconstrucción mamaria y serían objeto de un nuevo capítulo.

Mamas asimétricas: la asimetría mamaria es muy frecuente, de hecho prácticamente todas las mamas presentan cierto grado de asimetría. La asimetría puede ser de volumen, de localización del complejo areola-pezón, de altura del surco submamario, etc. Es muy importante valorar este detalle antes de la intervención quirúrgica y hacerlo evidente también para la paciente, ya que el aumento mamario no corrige asimetrías mamarias, puede incluso magnificarlas.

Mamas tuberosas: Dependiendo del grado de tuberosidad, el implante mamario mejorará notablemente la forma mamaria con el tiempo, cuando la piel del polo inferior mamario ceda con el tiempo. Grados más importantes de tuberosidad mamaria requiere otro tipo de cirugía dado que la simple inclusión de prótesis mamarias daría lugar a



Imágenes superiores: Paciente con hipoplasia primaria. Nótese la asimetría a nivel del surco submamario. A la derecha inclución de prótesis de gel de silicona por la vía axilar.
Imágenes inferiores: Paciente con hipoplasia primaria. Nótese la práctica inexistencia de surco submamario. A la derecha postoperatorio a los 6 meses de la intervención de aumento mamario realizada por la vía axilar con inclusión de prótesis de gel de silicona redondas de perfil alto de 250 cc.

doble surco submamario.

Tipos de implantes mamarios

Actualmente disponemos en el mercado de multitud de implantes mamarios, nosotros nos barajamos entre:

- Forma: Podemos diferenciar dos grandes tipos de implantes según la forma: los implantes redondos, de perfil alto o bajo y los implantes anatómicos de diferentes tipos de perfiles y alturas

- Relleno: El contenido de la prótesis puede ser líquido (suero fisiológico), se trata de prótesis rellenables, que contienen una válvula que permite el llenado, quedando estancas una vez infladas. Presentan el riesgo de desinflado secundario con la consecuente pérdida de volumen uni o bilateral y aparición de ondulaciones que, en función de la cantidad de tegumentos que se hallen por encima de la prótesis, pueden ser detectados al tacto e incluso a la vista; o gelatinoso (gel de silicona), siendo este gel de consistencia más líquida o gel cohesivo, dentro de este último grupo destacamos las prótesis llamadas "soft touch" que, conteniendo gel de silicona cohesivo, tienen un tacto más blando. Bajo nuestro punto de vista, son las prótesis rellenas de gel (cohesivo o no) las que mimetizan mejor la turgencia mamaria.

- Textura de la envoltura: Las paredes de la prótesis pueden ser lisas o rugosas (texturadas), cuya finalidad es la de disminuir el riesgo de cápsula contráctil.

Planos quirúrgicos

Básicamente el plano quirúrgico puede estar situado a nivel retroglandular o bien, retromuscular. Elegiremos uno u otro plano en función de la cantidad de glándula mamaria que tenga la paciente, pues al haber menos tegumentos por encima de la prótesis en el plano retroglandular, ésta podría detectarse más fácilmente al tacto y a la vista.

Técnica quirúrgica

Generalidades

Antes de iniciar la intervención nos debemos asegurar de que disponemos de las prótesis elegidas así como una extra, de recambio, ante la posibilidad de defecto en alguna de ellas o incidente durante la intervención.

Debemos tener un análisis fotográfico en todas las posiciones que nos permitirá valorar las asimetrías.

El dibujo de la ubicación del implante se reali-

Imágenes superiores: Paciente de 25 años con cierto grado de tuberosidad mamaria. A la derecha, postoperatorio a los 6 meses de la intervención, a la que se se han implantado prótesis redondas de gel, lisas, de perfil bajo de 260 cc. Se observa una mejoría del polo inferior mamario al expandirse la piel de esta zona. Imágenes inferiores: Caso de hipoplasia mamaria con cierto grado de tuberosidad mamaria. A la derecha, postoperatorio a los 6 meses de intervención, se observa como mejora la tuberosidad mamaria.

zará con la paciente en bipedestación, delimitando perfectamente los surcos submamarios, límites superior y laterales de la mama, así como línea medial del tórax que no debe ser disecada bajo ningún concepto.

La cirugía se realiza bajo anestesia general con los brazos dispuestos a lo largo del cuerpo, si bien en el caso de utilizar la vía axilar, se dispondrán en cruz de unos 60°-70° en relación al cuerpo.

Vías de acceso

Varias son las vías de acceso que utilizamos:

1. Vía axilar: Nos permite implantar la prótesis en el plano retromuscular o retroglandular, dejando una cicatriz apenas visible. Únicamente podemos introducir prótesis que permitan su deformabilidad, por tanto solo podemos introducir prótesis de gel de silicona lisas de volumen moderado, de un máximo de 350cc., o bien de suero fisiológico lisas que rellenaremos una vez esté situada en el bolsillo protésico. La incisión se realizará en el hueco axilar y un poco oblícua hacia detrás y abajo. Es importante haber dibujado bien su ubicación con la paciente en contracción del pectoral para que no sobresalga anteriormente. Se diseca un canal entre el pectoral mayor y el menor (en caso de implante en plano retromuscular) hasta el compartimento de implantación donde se confecciona el bolsillo retroglandular o retromuscular según sea la indicación. Con el fin de evitar la migración secundaria del implante a través de este canal, se recomienda la compresión posterior de esta zona con una banda elástica durante el periodo de cicatrización posterior a la intervención. Dado que esta vía de entrada se halla alejada del plano quirúrgico y por tanto es difícil controlar la hemostasia, una vez disecado el bolsillo protésico, introducimos un expansor tisular que rellenándolo hasta el máximo de su capacidad (400cc) dejaremos durante cierto tiempo (mientras procedemos a la disección de la mama contralateral) para realizar una hemostasia compresiva.

2. Vía periareolar inferior: A través de esta puerta de entrada podemos incluir cualquiera de las prótesis antes mencionadas, y en cualquiera de los planos quirúrgicos, si bien en caso de areola pequeña y en función del tamaño de la prótesis a implantar, las prótesis de gel cohesivo no estarán indicadas, dado que no permiten su deformabilidad. La cicatriz resultante debe valorarse en aquellos casos de cicatrización hipertrófica o queloidea ya que será más evidente. La incisión se realizará en el límite de la piel pigmentada de la areola y seguidamente se atraviesa la glándula mamaria verticalmente, perpendicularmente al plano torácico en la

intersección entre los 2/3 superiores y el 1/3 inferior de la mama, con la finalidad de seccionar la mínima cantidad posible de conductos galactóforos. Este abordaje permite realizar una hemostasia rigurosa de la zona. Es importante destacar que en el caso de implantar prótesis anatómicas, el bolsillo protésico debe ser ajustado a la prótesis impidiendo así que ésta rote y se malposicione.

3. Vía submamaria: Es esta una buena vía de acceso para implantar todo tipo de prótesis en cualquiera de los planos quirúrgicos, si bien hay que diseñar muy bien la ubicación de la cicatriz resultante en el nuevo surco submamario y no lateralizarla para que en el futuro quede bien tapada por cualquier sujetador o bikini que pueda utilizar la paciente. Es esta una buena vía de entrada en aquellos casos de mamas que presentan cierto grado de ptosis mamaria y por tanto un surco submamario profundo y bien marcado, que nos esconderá la cicatriz. Evidentemente debemos valorar el tipo de cicatrización que realiza la paciente antes de indicar la vía. Al igual que en el anterior tipo de abordaje, nos permite realizar una disección ajustada al tipo de implante y hemostasia rigurosa. De otro lado, al no atravesar la glándula mamaria preservamos totalmente los conductos galactóforos.

4. Vía umbilical: Se trata de una muy buena vía de acceso desde el punto de vista de secuela cicatricial, ya que la cicatriz resultante queda bien escondida a nivel de la hemicircunferencia superior a nivel interno umbilical. El inconveniente radica en que únicamente nos permite implantar: prótesis rellenables de suero fisiológico en el plano retroglandular; con posibilidad de desinflado secundario. En aquellos casos en que no haya una buena cantidad de tejido que nos almohadille la prótesis ésta podría detectarse al tacto y a la vista. Precisa de material quirúrgico específico que nos permita llegar hasta el plano quirúrgico y desplazar la prótesis previamente deshinchada hasta el bolsillo protésico. Al igual que en el caso de la vía axilar se diseca un canal por debajo del panículo adiposo del abdomen hasta la región mamaria que debe ser comprimido posteriormente. Realizaremos igualmente hemostasia compresiva.

Colocación del implante

Se deben seguir las condiciones de esterilidad máximas en el momento de implantar la prótesis abriéndose el compartimento estéril en el que viene ubicada de fábrica justo antes de su implantación, evitando su exposición durante largo tiempo al medio ambiental. Es recomendable asimismo cambiar los guantes del cirujano por unos nuevos. Justo antes de introducir la prótesis, ésta debe ser revisada con el fin de evaluar alguna posible deformación. La manipulación de la prótesis debe ser delicada y mínima, cuidando de no agredirla con el material quirúrgico como separadores o pinzas. Una vez introducida la prótesis, nos aseguraremos de que esté bien situada, sin pliegues, y cuidando de que la pastilla de oclusión se sitúe en la cara posterior. En el caso de incluir prótesis anatómicas debemos asegurar su perfecta ubicación ya que la rotación de las mismas darían lugar a deformidades mamarias y asimetrías importantes.

Drenaje

Si bien la colocación de un drenaje por sonda aspirativa no es obligatorio, se debe utilizar ante la mínima duda y es del todo recomendable durante las primeras 24 h. Sólo en el caso de la vía umbilical desechamos su utilización dada la dificultad para su ubicación.

Vendaje

Realizaremos un vendaje compresivo simétrico que, en el caso de las vías de acceso axilar y umbilical irá a comprimir especialmente los canales de abordaje al plano quirúrgico.

Complicaciones

Postoperatorio inmediato:

Hematoma: generalmente como consecuencia

Descripción de las imágenes:
Paciente de 42 años, multípara con aplasia primaria. Dada la delgadez de la paciente se decidió el implante de prótesis anatómicas style 410 MM 190 gr. De la firma CIU, por la vía submamaria, dada la preferencia de la paciente ante la posibilidad del implante periareolar inferior. Se puede observar aún, seis meses después, el eritema de la cicatriz, a nivel del surco submamario.

Descripción de las imágenes:
Paciente de 44 años, multípara con hipotrofia secundaria a la lactancia y cierto grado de ptosis.
A la derecha resultados a los doce meses tras la mamoplastia de aumento. Aunque se indicó el implante de prótesis anatómicas, la paciente no aceptó la idea de cicatrices visibles, por lo que se decidió el implante de prótesis de gel, redondas de 260 cc., perfil bajo, vía axilar.

de una falta de hemostasia, falta de drenaje o por falta de reposo por parte de la paciente. Requiere su evacuación inmediata ya que a la larga podría favorecer otras complicaciones secundarias como la sobreinfección, la contractura capsular y la dislocación de la prótesis.

Infección: Para evitar su aparición está indicada la perfusión de antibiótico al inicio de la intervención por vía endovenosa. Es importante, tal y como se ha dicho anteriormente, manejar las prótesis con las máximas condiciones de esterilidad. La presencia de drenajes aspirativos durante un tiempo excesivo pueden favorecer igualmente la sobreinfección secundaria.

En el postoperatorio tardío:

Contractura capsular: La cápsula empieza su formación desde el momento mismo de la implantación de la prótesis. La contractura capsular podría depender, al igual que la cicatrización cutánea, de factores locales, regionales o generales. En nuestra experiencia, la utilización de prótesis anatómicas (siempre texturadas) parece disminuir el riesgo de contractura capsular, al contener un gel ya compacto.

Alteración de la sensibilidad: En el postoperatorio precoz es habitual la disestesia, por aumento o disminución de la sensibilidad, de la mama en general y del complejo areola-pezón concretamente, que se resuelven en su mayoría durante los meses siguientes a la intervención de manera espontánea. En algún caso la resolución no se ha producido hasta el año postquirúrgico.

Dislocación de la prótesis: Esta complicación, poco frecuente, viene dada en la mayoría de los casos por la disección demasiado amplia del surco submamario desinsertando la musculatura pectoral a este nivel con lo que con el paso del tiempo y el peso de la propia prótesis, se va disecando la zona, apareciendo una prótesis más baja que la otra y por tanto una asimetría importante que requiere intervención secundaria.

Asimetrías: Con el fin de evitar esta complicación, hacemos hincapié en el correcto diseño de la disección del bolsillo protésico previo a la cirugía. Recordamos la importancia de reseñar a la paciente previamente la existencia de asimetrías mamarias naturales o primarias que serán de difícil o imposible corrección, quedando incluso magnificadas con el aumento de volumen. Recalcamos una vez más, la necesidad de colocar correctamente las prótesis anatómicas y de forma absolutamente simétrica, creando un bolsillo ajustado a la misma.

Conclusiones

Es en el transcurso de la primera visita cuando debemos fijar tanto la vía de abordaje como el tipo de implante y el volumen del mismo. Es importante mantener una conversación más o menos larga con la paciente para descubrir cuáles son las expectativas con respecto al volumen mamario y la forma mamaria.

El estudio físico riguroso nos harán determinar hasta qué punto esas expectativas se van a ver cumplidas, y así se informará a la paciente.

En general y a nuestro entender indicamos las siguientes vías de acceso y tipos de prótesis:

1. Paciente delgada con hipoplasia primaria: Recomendamos prótesis redondas de gel de silicona por vía axilar, preferentemente de perfil plano y en el plano retromuscular. Con el fin de no dejar cicatrices mamarias visibles.

2. Paciente con hipotrofia secundaria con cierto grado de ptosis: Vía submamaria o periareolar con implante retromuscular anatómico, para rellenar el polo superior mamario que frecuentemente se presenta vacío.

3. Paciente con mayor grado de ptosis mamaria que no acepte una mastopexia: realizamos inclusión de prótesis anatómicas retroglandulares por vía periareolar o submamaria. Elegimos el plano retroglandular para evitar la posible aparición de un doble surco submamario.

4. Paciente con algo de volumen mamario sin ptosis: vía periareolar, en plano retromuscular con implante de prótesis anatómicas.

En cualquier caso, las pacientes deben ser bien aconsejadas e informadas de los pros y contras que presenta cada vía de acceso, así como del tipo de prótesis ya que la presencia de una cicatriz en la región mamaria es poco aceptada, tanto más cuanto más joven sea la paciente. En pacientes mayores estas cicatrices pierden importancia. A nuestro entender, la prioridad radica en indicar el tipo de prótesis que se van a utilizar; y en función de ello, elegir junto con la paciente la vía de entrada.

CONTESTACIÓN DEL DOCTOR ADOLFO GÓMEZ
al artículo "Diferentes vías de acceso en la mamoplastia" del Doctor Vila-Rovira

El artículo de la Dra. Ana Trius Chassaigne y el Dr. Ramón Vila-Rovira sobre la utilización de las diferentes vías de acceso en la mamoplastia de aumento me parece una síntesis muy equilibrada de dicho procedimiento.

Sin embargo quisiera matizar algunas afirmaciones que el doctor o doctores realizan de la misma.

La primera de ellas se refiere a las mamas tuberosas. La única implantación de una prótesis mamaria en una mama tuberosa no resuelve el problema de dicha deformidad aunque lo mejora. Para corregirla es necesario realizar un colgajo de la glándula mamaria que comienza justo debajo del complejo areola-pezón y que en forma de lengüeta y tallado mediante la sección superior e inferior de dicha estructura y una vez tallado dicho colgajo hay que enroscarlo sobre sí mismo y suturarlo al plano profundo pectoral. Con posterioridad se coloca la prótesis mamaria.

Así mismo en la afirmación de que las mamas hipoplásicas en la que refiere una hipotrofia secundaria con cierto grado de ptosis, el Dr. Vila-Rovira recomienda la colocación del implante retromuscular. Creo que eso es un error pues puede corre el riesgo de producir un doble perfil y por ello la indicación mas correcta sería una colocación retroglandular.

Para resumir en cuanto al tipo de elección de vía de colocación diríamos que a nivel mundial, las estadísticas dicen que el 75 % de los cirujanos plásticos utilizan la vía infraareolar, un 20% utilizan la vía axilar y un 5 % la vía umbilical. Así mismo hay que reseñar que esa invisibilidad de la vía axilar en ocasiones está bastante cuestionada puesto que por error del cirujano en su colocación o por otro factor desconocido dicha incisión es bastante visible.

DR. RAMÓN RIU LABRADOR

Prótesis mamarias

Las intervenciones para el aumento del volumen de las mamas ya se empezaron a desarrollar con el empleo de las prótesis de mama de esponjas de Ivalon y Etheron, que tuvieron muy mal resultado, puesto que se calcificaban, quedaban muy duras y cuando y cuando la piel era fina, acababan extruyéndose.

Texto:
Dr. R. Riu Labrador
Instituto
Universitario Dexeus

En el año 1962, aparecieron las prótesis de silicona que en un principio tenían parches de dacron en la parte posterior, pero los cirujanos se dieron cuenta de que estos parches al producirse la contractura capsular propia de un cuerpo extraño, aparecian deformidades que se incrementaban por tener un punto fijo en la zona del parche. Además, el resecar la parte adherida es más difícil técnicamente y en caso de que estas prótesis estuvieran colocadas en el plano retromuscular, podrían ocasionar alguna complicación por apertura del espacio intercostal.

Las prótesis de mama han ido mejorando mucho en su calidad desde el año 1992. Las prótesis actuales son mucho más resistentes, el gel es más cohesivo, duran muchísimos más años que las anteriores, puesto que el proceso de degradación de la pared externa es mucho más lento y las prótesis aguantan mucho más tiempo.

No todas las prótesis son iguales, pero es muy difícil saber cuáles son las más resistentes, puesto que ello exigiría un estudio muy controlado con ecografías y resonancia magnética en todos los casos y valorando las distintas marcas de prótesis, cosa que es cara y engorrosa. De todas maneras, el cirujano habitualmente ya elige la prótesis que el cree es más resistente y la que mejor resultado dará para sus pacientes.

Vías de introducción de las prótesis

Las prótesis de gel de silicona se pueden introducir por la vía submamaria, axilar o areolar. Si las prótesis fueran hinchables, se podrían introducir por el ombligo también. No es aconsejable utilizar incisiones en la areola que afecten los conductos galactóforos del pezón, ya que al lesionar algunos conductos galactóforos dilatados, podrían dar lugar a galactoforitis que pueden dejar fístulas persistentes que podrían acabar con la necesidad de resecar el conducto mamario y el tejido afectado, e incluso, tener que retirar la prótesis.

Las prótesis de mama pueden ser lisas o rugosas y en general se utilizan mucho más las prótesis rugosas a pesar de que cuando se colocan en el plano submuscular , está muy discutido cuáles son mejores, sin embargo en el plano prepectoral, es decir, debajo de la mama, la incidencia de contractura capsular es menor en las prótesis rugosas, ya que las prótesis lisas parece que se enquistan alrededor del 40 por ciento.

Cuando se valora la incidencia de las contracturas capsulares entre prótesis lisas y rugosas que se han colocado en el plano prepectoral o subglandular, en los estadíos iniciales hay una gran diferencia en la incidencia de contracturas entre las

Descripción de las imágenes:
Caso extremo de contractura capsular intensa, donde se puede llegar a extruir la prótesis. En este caso una paciente operada en Sudamérica tenía la prótesis extruida desde hacía 10 días, y como no estaba infectada se puedo salvar la misma cambiándolas del plano prepectoral al retropectoral, y cerrando el defecto de la piel con un colgajo muscular donde habia fibras del recto anterior del abdomen y parte del pectoral, consiguiendo con ello un resultado satisfactorio, sin necesidad de retirar la prótesis.

rugosas y las lisas, teniendo mejor resultado las rugosas, pero con el transcurso del tiempo, esta gran diferencia se va reduciendo porque la fibrosis periprotésica se incrementa con el tiempo.

Nosotros usamos prótesis rugosas microtexturadas, es decir, con una rugosidad de poco relieve y aconsejamos a las pacientes que se las muevan para disminuir en lo posible, la retracción capsular; pero si en algún caso usamos prótesis con una gran rugosidad, en estos casos, no les aconsejamos que las muevan.

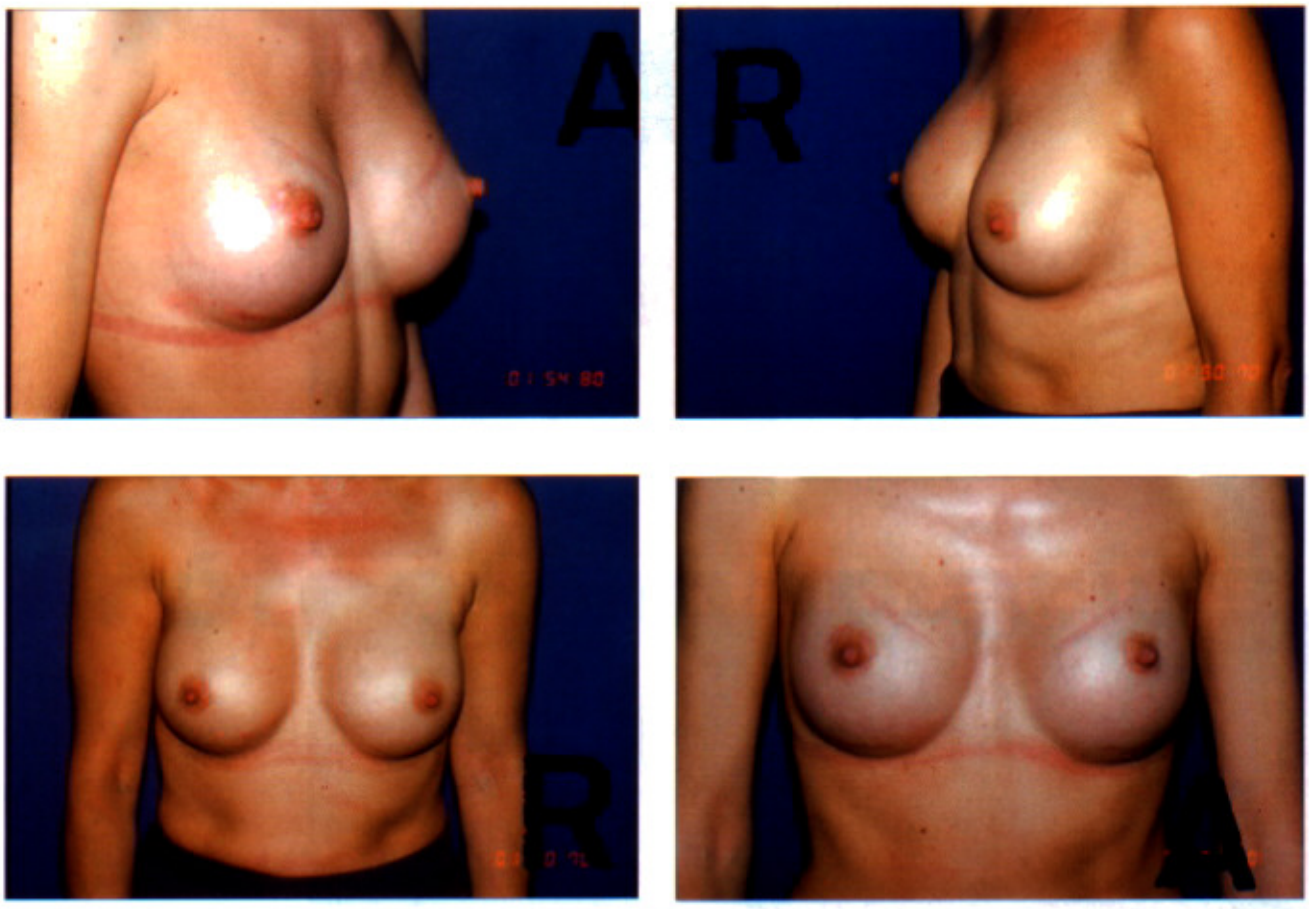
Valorando cuál sería la mejor incisión para colocar las prótesis de mama, nos encontramos con la dificultad de que las pacientes ya vienen con una idea predeterminada, puesto que a través de la publicidad en la prensa, ya han elegido la incisión para la introducción de las prótesis. Además hay muchas pacientes que tienen una gran ilusión para poder enseñar las mamas en la playa y entonces no aceptan ninguna cicatriz en las mismas.

La incisión por vía axilar es la que realmente se ve menos, ya que coincide con los pliegues de la axila, pero esta indicada en pacientes no muy delgadas que tengan un buen panículo adiposo, ya que de este modo, la disección es más fácil que en pacientes muy delgadas que hace que la disección sea mucho más difícil y si la disección no está muy bien hecha en la parte inferior y medial, podrían quedar las prótesis demasiado altas.

La vía areolar, es también una buena vía de introducción de prótesis, pero hay casos en que la areola es tan pequeña, que no permite la introducción de las mismas, y sin embargo, hay otras areolas muy grandes que hacen más fácil la introducción de las mismas. Esta vía, permite colocar las prótesis en muy buena posición y modificar el tejido mamario si fuera necesario. Tiene como inconveniente, que deja una línea visible en la areola a menos que se pigmente espontáneamente y pueda alterar algo la sensibilidad de la areola pezón.

La vía submamaria, sigue siendo una excelente vía, ya que no altera para nada el tejido mamario, la incisión debe quedar en el nuevo pliegue de la misma y acaba siendo muy fina en el 98% de los casos. Esta incisión la acepta una gran mayoría de pacientes, pues les da menos molestias que la vía axilar y no se produce ninguna cicatriz en el tejido glandular mamario.

También hay una gran confusión, debido a la publicidad en que siempre se pone como novedad la



Descripción de las imágenes:
Diferentes planos donde se aprecia el resultado de la intervención.

utilización de las prótesis anatómicas en forma de gota o de lágrima, naturalmente, la gente no capta que quien escribe éstos artículos, muchas veces tienen relación con las casas comerciales que las fomenta, y tienen unas resultados muy discutibles, pués más de una vez quedan peor que las prótesis redondas clásicas. Les adjuntamos unas imágenes fotográficas en las que como ven, son extremadamente parecidas unas y otras, siendo unas redondas y otras anatómicas. Nosotros usamos habitualmente prótesis anatómicas en las reconstrucciones mamarias.

En la etiología de la contractura capsular, influye la aparición de hematomas, subinfecciones, presencia de cuerpos extraños, una disección quirúrgica demasiado traumática y la calidad de algunas prótesis que permiten la permeación de silicona, cosa que ocurre cada vez menos, pues son de mejor calidad.

Si uno anticipa que aparecerá una contractura capsular, bien por sus antecedentes de alguna colocación previa, o porque a los pocos días de la operación se nota muy tensa, les aconsejamos que tomen ZAFIRLUCAST (Aeronix, Acolate, Olmoran) un medicamento que aunque ha ido muy bien en caso de contractura muscular, se han descrito en pacientes asmático 66 casos de hepatitis graves, con algún caso de muerte y algún caso de transplante hepático por la toxicidad del medicamento, de ahí que haya que extremar las precauciones.

En la constractura capsular, también en estadíos iniciales, pueden ayudar los masajes y la aplicación de Ultrasonidos.

En casos extremos de contracturas capsulares muy intensas, se puede llegar a extruir la prótesis y en estas fotos que les adjuntamos, pueden ver un caso de una paciente operada en Sudamérica que tenía la prótesis extruída desde hacia 10 días y como no estaba infectada, se le pudo salvar la misma, cambiándolas del plano prepectoral al retropectoral y cerrando el defecto de la piel con un colgajo muscular donde habían fibras del recto anterior del abdomen y parte del pectoral, consiguiendo con ello un resultado satisfactorio sin necesidad de que tuviéramos que retirar la prótesis.

Desde el punto de vista oncológico, preferimos siempre colocar las prótesis en el plano retromuscular ya que permiten hacer mejor las mamografías y si hubiera un tumor, se puede diagnosticar con más precisión en los estadios iniciales.

CONTESTACIÓN DEL DOCTOR ARQUERO
al artículo "Prótesis mamarias" del Doctor Ramón Riu

Las aportaciones científicas del doctor Ramón Riu son siempre bien acogidas por su gran experiencia, por la claridad de sus conceptos y por el sentido común que trasmite en sus apreciaciones. Esto podemos reconocerlo, una vez más, en este artículo que si peca de algo es de escueto.

Sin embargo, es de destacar el repaso que realiza, en un alarde de capacidad didáctica y síntesis, a la historia de los implantes mamarios, al tipo de prótesis, a la elección de la vía de incisión, emplazamiento de las mismas y al fenómeno de la contractura capsular. Respecto a esta, son muy interesantes las recomendaciones para su prevención tanto durante la operación como después de la misma.

En la fisiopatología de la formación de cápsulas periprotésicas con contractura capsular sintomática entran en juego múltiples factores - hasta hoy no del todo conocidos – entre los que merece especial atención la exagerada formación de colágeno (debida a la hiperactividad y aumento del número de fibroblastos), la presencia de silicona en la cápsula, un grado variable de inflamación y la aparición de cultivos positivos. Sin embargo, resulta sorprendente que la severidad de la contractura en la mama no siempre tenga correlación con dichos hallazgos y, por el contrario, este relacionada significativamente con la presencia de contaminación de la cápsula (1).

Los nuevos trabajos dirigen su atención al papel del sistema inmune en la formación de la contractura capsular no solo referida a la reacción inflamatoria a la silicona (2) sino también a la presencia de microorganismos capaces de disparar reacciones autoinmunes o cambiar localmente el curso de la cicatrización. Se han llegado a identificar un 24 % de cultivos positivos en tejido capsular sin contractura capsular - la mayor parte estafilococos epidermis (84%) y un 76 % en los implantes con contractura. Estas infecciones crónicas subclínicas y la posible autoinmunización también podrían estar vinculadas con problemas como mialgia, artralgia, mucosas secas, episodios de febrícula, etc. presentes en el 54 % de los pacientes con cultivo positivo (3).

No cabe duda que al conocer los mecanismos de formación de la contractura capsular podremos evitar aquellos factores que predispongan la aparición de la misma e, incluso, utilizar adecuadamente nuestro arsenal terapéutico farmacológico, no exento de riesgos y complicaciones. Por tanto, para prevenir la contaminación puede utilizarse con excelentes resultados la irrigación intraoperatoria del bolsillo con una solución de povidona yodada al 10 % con gentamicina y cefazolina (4), mientras que para contrarrestar la reacción inflamatoria y los procesos inmunológicos desencadenados podemos recurrir - como refiere Riu - a la administración vía oral de zafirlucast, inhibidor de los leukotrienos (antiLT) y empleado en el tratamiento preventivo de las crisis asmáticas, dermatitis atópica y algunos tipos de urticaria. Actúa como antinflamatorio, antagonizando la actividad contráctil sobre la musculatura lisa de los leukotrienos (componentes de la sustancia de reacción lenta de la anafilaxia), controlando el aumento de permeabilidad vascular y reduciendo el número de eosinófilos. No obstante, sus efectos hepatotóxicos hacen que la utilización de esta sustancia deba ser seriamente evaluada.

Nosotros utilizamos la vitamina E, mucho menos peligrosa, que ha demostrado tanto experimental como clínicamente reducir el número de contracturas capsulares postoperatorias (5).

La vitamina E, importante antioxidante liposoluble, inhibe la fase inflamatoria de la cicatrización y la actividad de los fibroblastos. Aunque no presenta efectos importantes sobre la coagulación preferimos evitar su uso antes de la cirugía recomendándola - cuando percibimos un endurecimiento de la mama o después de realizar una capsulotomía – a la dosis de 1200 UI / día. En la contractura capsular recurrente complementamos este tratamiento con vitamina E tópica en irrigación y lavados en el interior del bolsillo.

También es de gran utilidad la aplicación de corticoides locales - triamcinolona (6) - los cuales provocan inhibición de los fibroblastos con disminución de la síntesis de colágeno y del proceso inflamatorio. Sus principales efectos secundarios son bien conocidos por todos destacando la atrofia local de los tejidos.

Otras sustancias que demostraron alguna respuesta clínica son la papaverina y veratrina, que actúan inhibiendo la capacidad contráctil de la cápsula debida a la presencia de miofibroblastos (7); los bloqueadores de los canales de calcio (verapamil), el minoxidil, la pentoxifilina y la putrescina tópica. También es de interés la accidental mejoría de la contractura capsular experimentada por pacientes con artritis que fueron tratados con glucosamina y condroitin.

Finalmente, y reiterando las recomendaciones del Dr. Riu, recordaremos la importancia de realizar una disección cuidadosa y lo más atraumática posible, evitando la formación de hematomas (8) y la presencia de cuerpos extraños y detritus mediante una hemostasia rigurosa, lavados de la cavidad y la colocación de drenaje con succión (1).

La elección de la superficie de las prótesis adecuada al emplazamiento también es de gran importancia recomendándose rugosas en el caso de colocación subglandular y lisas o microtexturadas en la retropectoral Los masajes y los ultrasonidos externos complementan las medidas para la prevención y tratamiento no quirúrgico de la contractura capsular.

Bibliografía:

1.- Gayou RM. A histological comparison of contracted and non-contracted capsules around silicone breast implants. Plast Reconstr Surg. 1979 May; 63(5):700-7.

2.- Carpaneda CA. Inflammatory reaction and capsular contracture around smooth silicone implants. Aesthetic Plast Surg. 1997 Mar-Apr; 21(2):110-4.

3.- Netscher DT, Weizer G, Wigoda P, Walker LE, Thornby J, Bowen D.Clinical relevance of positive breast periprosthetic cultures without overt infection. Plast Reconstr Surg. 1995 Oct; 96(5):1125-9.

4.- Adams WP Jr, Conner WC, Barton FE Jr, Rohrich RJ. Optimizing breast pocket irrigation: an in vitro study and clinical implications.

5.- Baker JL Jr. The effectiveness of alpha-tocopherol (vitamin E) in reducing the incidence of spherical contracture around breast implants. Plast Reconstr Surg. 1981 Nov; 68(5):696-9.

6.- Caffee HH. Intracapsular injection of triamcinolone for intractable capsule contracture. Plast Reconstr Surg. 1994 Nov; 94(6):824-8.

7.- Baker JL Jr, Chandler ML, LeVier RR. Occurrence and activity of myofibroblasts in human capsular tissue surrounding mammary implants. Plast Reconstr Surg. 1981 Dec; 68(6):905-12.

8.- Hipps CJ, Raju R, Straith RE. Influence of some operative and postoperative factors on capsular contracture around breast prostheses. Plast Reconstr Surg. 1978 Mar; 61(3):384-9.

DR. JOSÉ MARÍA DÍAZ TORRES

Mamoplastia de aumento

La especie humana forma parte de un amplio grupo que denominamos mamíferos y por tanto tras el alumbramiento, el nuevo ser necesita ser amamantado con leche que nace de una glándula especial que denominamos mamas, que son en número y situación distintos en los diferentes individuos de las especies.

Texto:
Dr. Díaz-Torres
Hospital
Ramón y Cajal

Las mamas se sitúan en una línea imaginaria entre la ingle y la axila a lo largo de la cara ventral de cada individuo, es así que los equinos y otros herbívoros desarrollan en la zona inguinal sus mamas. Los primates y el género humano en la zona torácica, por tanto y de una manera instintiva, grabado a fuego en las zonas más recónditas de nuestra alma, la mama en principio es un factor activo de supervivencia.

Influencias culturales

En otro orden de cosas, en la cultura humana en general, y en general y en la occidental, en particular la mama en el contexto social y sexual es un factor relevante de las relaciones.

Su volumen, forma y armonía forman parte según culturas, de los cánones de belleza. De tal manera que toda desviación pueda avocar a profundas heridas psíquicas que denominamos dismorfofovias, que apartan al individuo de su relación social recluyéndolo en la profundidad de su alma, sin saber encontrar la respuesta de su salida hacia una normalidad aparente de sus congéneres.

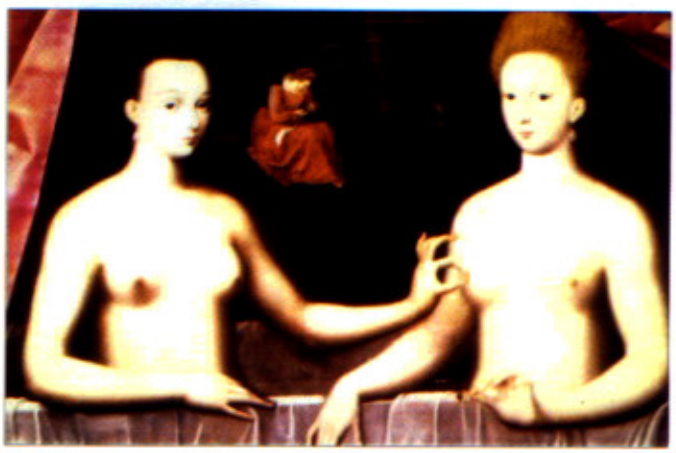
Nosotros en ocasiones con nuestros procesos quirúrgicos, tenemos la llave, el billete de inserción en el tren de las ilusiones que dan pie a la felicidad y por tanto a la contaminación de la alegría en sus círculos concéntricos de la relación.

El milagro de la cirugía plástica y estética

La cirugía estética da la forma, da la belleza, da la plástica.

En general ha sido sobre todo en la parte final del siglo pasado, un avance exponencial como el resto de las ciencias, que sin solución de continuidad y siguiendo las modas, minimizando las estancias en clínica, cicatrices y mejorando los resultados, disminuyendo las complicaciones, llegando a ser, por tanto, la mamoplástia de aumento una intervención habitual que concluye y recluye la mayoría

Descripción de las imágenes:
En imágenes superiores dos casos de pacientes sometidas a mamoplastia de aumento con resultados antes y después de la intervención.
A la derecha una muestra de la importancia que el arte ha dado al pecho femenino, y los cambios que se han operado en cuanto a perfección o ideal de la mama a lo largo de la historia.
Abajo a la derecha detalle de las cicatrices en los surcos submamarios en paciente recientemente intervenida.



de los complejos que atormentan a las adolescentes tardías, a las madres tempranas y que nosotros podemos con nuestros bisturís devolverlas a sus cánones concordes con la moda y tendencias de cada cultura.

Arte en medicina

Todos sabemos que las tendencias quirúrgicas, el abordaje y las vías axilar; periareolar; transareolar;

Descripción de las imágenes:
En imágenes superiores dos casos de pacientes sometidas a mamoplastia de aumento con resultados antes y después de la intervención.

inframamaria, umbilical o incisión de dermolipectomías, encima o debajo del muslo, con o sin drenajes, lisas o rugosas, refiriéndonos a la envoltura, salinas o de gel en sus distintas formas y cohesiones, son el armamento, junto con la técnica y pericia del cirujano, lo que va a devolver su brillantez y rutilancia, que la hará exhalar el perfume de la alegría en sus relaciones sociales.

Volviendo al principio, entendemos que la mama tiene como fin la lactancia y en ocasiones nosotros, con nuestros bisturís aumentamos las ilusiones, las relaciones y consecuentemente a ello ayudamos con un eslabón a la cadena de la perpetuación de la especie.

CONTESTACIÓN DEL DOCTOR ANTONIO LÓPEZ PITA
al artículo "Mamoplastia de aumento" del Doctor José María Díaz-Torres

Querido Doctor Día-Torres te admiro como profesional y llego al "extasis" cuando leo tu articulo sobre la cirugia de mamas. Pero permiteme un contrapunto a ese idilico mundo de ilusiones, felices lactancias y perpetuaciones de la especie: no tengo tan claro que valga cualquier abordage, implante, alojamiento o tecnica.

Sí así opino es porque a veces (pocas, pero habelas hailas) padezco un insomnio repleto de cicatrices dehiscentes,explantaciones aceitosas, melones televisivos, protesis anatomicas giratorias etc... Por todo esto, prefiero seleccionar cuidadosamente el caso y la técnica. Me parece mala y arriesgada la via axilar, demencial la umbilical, nunca combino los implantes con la dermolipectomia, ya aprendí que no se deben hacer mastectomias subcutaneas etc....y aún así, no consigo ese nivel al que tu te refieres de ilusiones,felicidades, brillanteces y rutilancias.