

# Prótesis de Mama Redondas Versus Anatómicas

Dr. Menéndez-Graño F., Dr. Pena Fernández C., Dr. Izquierdo Burrieza P. ■

## Resumen

### 1. Definición y diferentes nombres con los que se denomina la técnica.

- **PRÓTESIS DE MAMA:** bolsa cuyas paredes son unas láminas de silicona sólida y en su interior albergaba cantidades variables de silicona en la forma gelatinosa (hoy día de gel cohesivo) o de suero fisiológico. Son redondas o en forma de lágrima (anatómicas) y su superficie puede ser lisa o rugosa.

### 2. Indicaciones de la técnica.

- Hipomastia o deficiente desarrollo de una o ambas mamas.
- Estéticas: Mejorar el aspecto estético de los pechos aumentando su volumen.
- Síndrome de Poland.
- Asimetrías de la forma, tamaño o posición de las mamas.
- Alteraciones torácicas: asimetrías torácicas, pectum excavatum o carinatum.
- Secuelas o defectos provocados por cirugía oncológica, cicatrices, tumores, quemaduras, etc.

### 3. Contraindicaciones de la técnica.

- Infección o inflamación de la zona.
- Enfermedades autoinmunes y del colágeno.

### 4. Método o descripción abreviada de la técnica.

Escogido el tamaño y el tipo de prótesis ésta puede introducirse a través de incisiones en la areola, la axila o el surco submamario. La colocación puede ser submuscular, debajo del músculo pectoral, subglandular (debajo de la glándula) o subfascial (bajo la aponeurosis del músculo pectoral mayor).

La cirugía la solemos realizar con anestesia local y sedación, y es de carácter ambulatorio. Si se decide la anestesia general, necesitará 24 horas de hospitalización.

La intervención dura aproximadamente hora y media.

La prótesis y permite un mejor control en la prevención de su patología.

### 5. Complicaciones más frecuentes.

- Contractura capsular.
- Hematoma, seroma e infección.
- Alteraciones de la cicatriz.
- Alteraciones de la sensibilidad.

A pesar de que hoy en día las prótesis de mama tienen todas la envuelta o concha de silicona y el relleno es siempre de suero salino o de gel de silicona en diferentes densidades, existe una gran confusión en cuanto al tipo de prótesis a usar dada la gran diversidad de modelos existentes. Así a nivel mundial están comercializados más de 8300 modelos de implantes mamaros y sólo en USA en el año 2004 estaban registrados más de 240 diseños o estilos distintos.



Fig. 1.  
Retrato de Josefina Bonaparte. François Pascal Simon Gérard (1770-1837). The Hermitage, San Petersburgo (Rusia).

Y es que frente a la clásica forma redonda de las prótesis (como mucho con baja o alta proyección) o la más innovadora en lagrima o forma de gota, la irrupción en el mercado de las prótesis con formas y dimensiones que pretenden reproducir la mama femenina (las denominadas anatómicas) ha hecho que las opciones de implantes se hayan incrementado de forma exponencial siendo hoy día habitual que en sus catálogos los fabricantes tengan alrededor de 350 prótesis de mama con formas o volúmenes distintos (1,2).

Ante tantas opciones, la situación, creemos que puede parecer algo confusa, encontrándonos, de hecho, tanto con acérrimos defensores como enemigos de uno u otro modelo. Es por ello que nos hemos planteado la

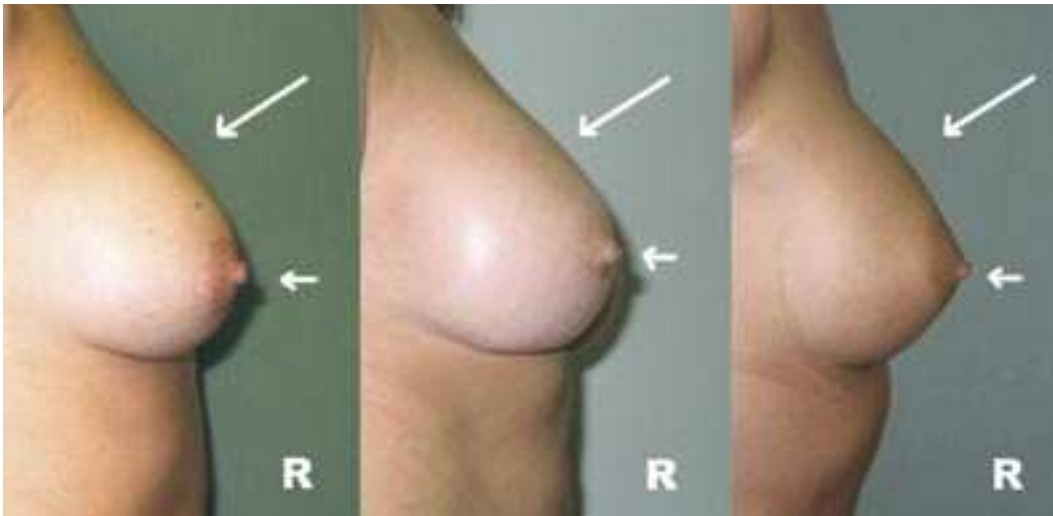


Fig. 2. Proyección Lateral derecha de mamas aumentadas con prótesis redondas. Las flechas superiores señalan la proyección de los cuadrantes superiores que se ven más redondeados. Las inferiores la posición de los pezones que miran de frente o hacia abajo.

... continuación

vigencia o no de las prótesis redondas frente a las anatómicas así como las posibles indicaciones de ambos modelos (3).

### DIFERENCIA ENTRE LAS PRÓTESIS DE MAMA REDONDAS ANATÓMICAS

La primera pregunta que nos debemos hacer es ¿en qué se diferencia una mama con una prótesis redonda frente a otra con prótesis anatómica?

Pensamos que responder a esta pregunta es difícil de un modo genérico dado la diversidad de formas existentes, ahora bien podemos ver que en igualdad de condiciones las prótesis redondas determinan una mama con el polo superior de forma redondeada, similar en cierta medida, a la que se consigue con un sujetador tipo Wonderbra o dicho de otra forma, más histórica, un escote parecido al de Josefina Bonaparte, esposa de Napoleón (Fig. 1); además esa forma, con una mitad superior que inicialmente tiene un volumen similar a la inferior, también determina una rotación del conjunto teloareolar de modo que habitualmente el pezón suele mirar hacia en frente o hacia abajo, a no ser que se haya modificado mucho la posición del surco (Fig. 2 y 3).

Frente a esa forma, las prótesis anatómicas determinan una mitad superior que desciende suavemente hasta el pezón, dado el menor volumen que contienen en ese polo; mientras que el pezón gira mirando ligeramente hacia arriba proyectado por el mayor volumen del polo inferior (Fig. 4 y 5). En la Figura 6 podemos comparar la forma de la mama que determinan habitualmente ambos tipos de prótesis.

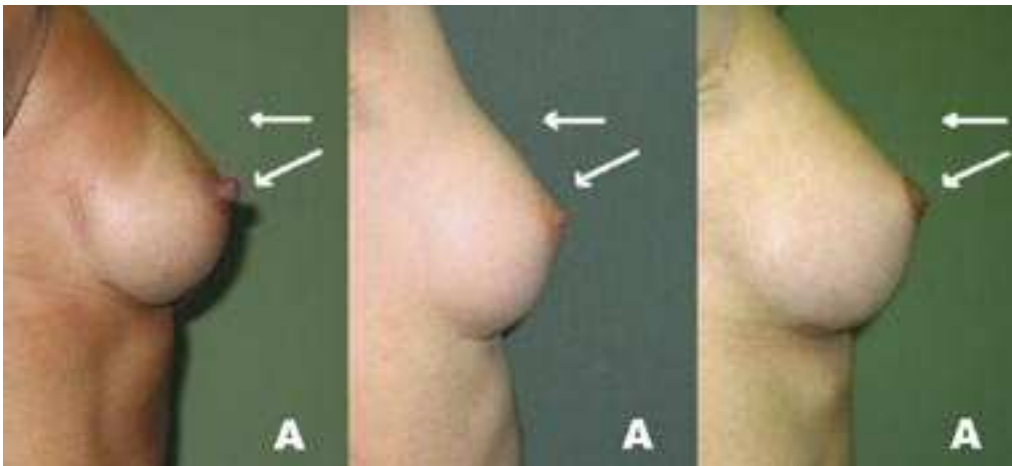
La segunda pregunta que surge es, desde nuestro punto de vista, la utilidad o no de uno u otro tipo de prótesis y sus indicaciones. Y es que, como ya hemos señalado, frente a grandes defensores del uso de las prótesis anatómicas casi de forma exclusiva, existen también grandes detractores que no encuentran motivo que justifique su uso y solamente ven los posibles inconvenientes como la complicación de su rotación con la consiguiente malposición (4).

### INDICACIONES

La indicación de uno u otro tipo, creemos que se debe establecer teniendo en primer lugar los deseos de las pacientes. Así ante una paciente que deseara la mitad superior curvada le indicaríamos una prótesis redonda mientras que si quisiera el polo superior menos proyec-



**Fig. 3.** Mujer de 26 años con hipoplasia mamaria moderada tratada mediante un aumento subpectoral vía areolar con unas prótesis redondas texturadas rellenas de 270 cc de gel de silicona. (Arriba) Vista preoperatorio frontal y tres cuarto derecha. (Abajo) Vista a los 2 años de postoperatorio frontal y trescuartos derecha.



**Fig. 4.** Proyección Lateral derecha de mamas aumentadas con prótesis anatómicas. Las flechas superiores señalan la proyección de los cuadrantes superiores que desciende suavemente hasta el pezón. Las inferiores la posición de los pezones que miran hacia arriba.

tado o prominente y el inferior más redondeado nos inclinaríamos por una prótesis anatómica.

Otro factor a tener en cuenta es la propia mama. Aquí nos interesa tanto la distribución y el grosor del tejido dentro de ella como la forma del tórax sobre el que asienta. Así ante una mama con un polo superior vacío sin glándula parece razonable usar una prótesis redonda dado que va a aportar un mayor volumen donde más se necesita; otra situación posible sería en mamas con pieles laxas donde parece más indicada una prótesis redonda ante el riesgo de rotación mayor de las prótesis anatómicas (Fig. 7).

Sin embargo, ante mamas cuyas medidas o parámetros

se alejan bastante de la media, como cuando tenemos mamas con distancias del pezón al yugulum esternal muy cortas (de forma que al aumentarlas con prótesis redondas, éstas quedarían muy altas), o cuando la distancia del pezón al surco es muy pequeña ya que el polo o hemisferio inferior de la mama está poco desarrollado (con lo que las prótesis redondas quedarían "atrapadas" y altas), y también ante mamas muy asimétricas con formas muy diferentes. Las prótesis anatómicas, dadas la gran diversidad de formas y volúmenes que ofrecen, nos permiten adaptarnos a esas medidas y aportar unos volúmenes que de otra forma sería imposible o cuando menos nos veríamos muy limitados (Fig. 8 y 9).



Fig. 5. Mujer de 25 años, deportista, con hipoplasia mamaria moderada tratada mediante un aumento subglandular por surco con unas prótesis anatómicas rellenas de 295 gramos de silicona. (Arriba) Vista preoperatorio frontal y trescuartos derecha. (Abajo) Vista a los 13 meses de postoperatorio frontal y trescuartos derecha.

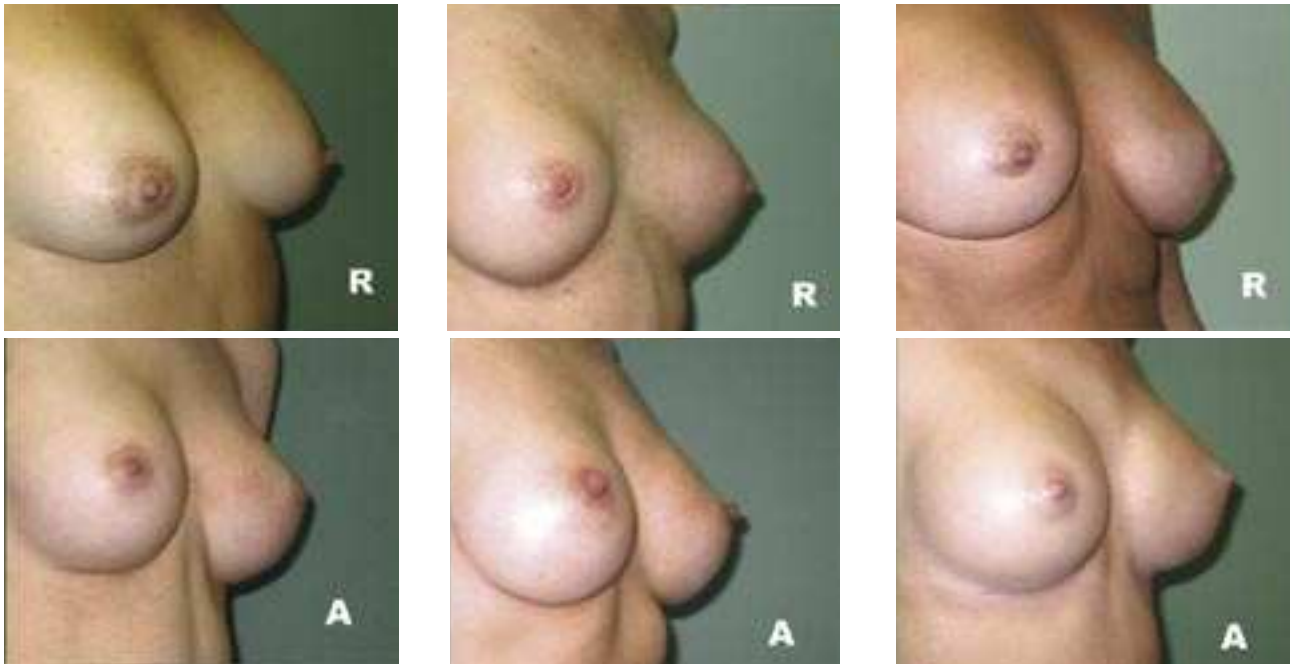


Fig. 6. Proyecciones trescuartos derechas de seis pacientes con aumento de mamas. En la columna de la izquierda se ven 3 aumentos con prótesis redondas (R) mientras que en la columna derecha el aumento corresponde en los 3 casos a prótesis anatómicas (A). Compárese el relleno del polo superior y la posición del pezón en las mamas del lado derecho con las del izquierdo.

...continuación

Otra situación, más extrema, donde creemos que las prótesis anatómicas son de gran utilidad es en la reconstrucción mamaria donde se han utilizado expansores o colgajos que han aportado un volumen insuficiente por lo que es preciso llevar más volumen. La gran diversidad de medidas y formas que hay permite hacer un aumento más personalizado, "a la carta". Con ello resultará más fácil alcanzar la simetría y así las actuaciones posibles sobre la mama contralateral serán teóricamente más limitadas (Fig. 10).

Una última indicación, quizás más discutible, sería en cirugías secundarias de aumento tras capsulectomías. Aquí, ante la existencia de una gran bolsa resultado de la exéresis y limpieza de la cápsula periprotésica antigua, parece lógico inclinarnos por utilizar una prótesis nueva redonda, dado el riesgo de rotación y consiguiente malposición de una prótesis anatómica. Sin embargo, es obvio que factores como la pericia del cirujano al reducir la bolsa podrían modificar esta indicación (Fig. 11) ■



Fig. 7.

Mujer de 46 años con hipoplasia mamaria moderada asociada a polo superior vacío con discreta ptosis glandular tratada mediante un aumento subglandular por surco con unas prótesis redondas de 260 gramos de gel de silicona. (Arriba) Vista preoperatorio frontal y trescuartos derecha. (Abajo) Vista a los 20 meses de postoperatorio frontal y trescuartos derecha.



Fig. 8.

Mujer de 26 años con hipoplasia mamaria donde destaca una distancia del yugulum esternal al pezón de 15 cms. Se trató mediante un abordaje por surco liberando la base de la glándula mediante incisiones radiales y asociando un aumento con unas prótesis anatómicas de 270 gramos en el plano submuscular. (Arriba) Vista preoperatorio frontal y trescuartos derecha. (Abajo) Vista a los 18 meses de postoperatorio frontal y trescuartos derecha.



Fig. 9.

Mujer de 41 años con hipoplasia mamaria y leve asimetría mamaria con una mama izquierda mayor que la derecha donde destaca una constricción del polo inferior de ambas mamas. Se trató mediante un abordaje por surco liberando la base de la glándula mediante incisiones radiales y asociando un aumento en el plano subglandular con unas prótesis de 240 gramos en el lado derecho y 210 gramos en el lado izquierdo. (Arriba) Vista preoperatorio frontal y trescuartos derecha. (Abajo) Vista al año de postoperatorio frontal y trescuartos derecha.

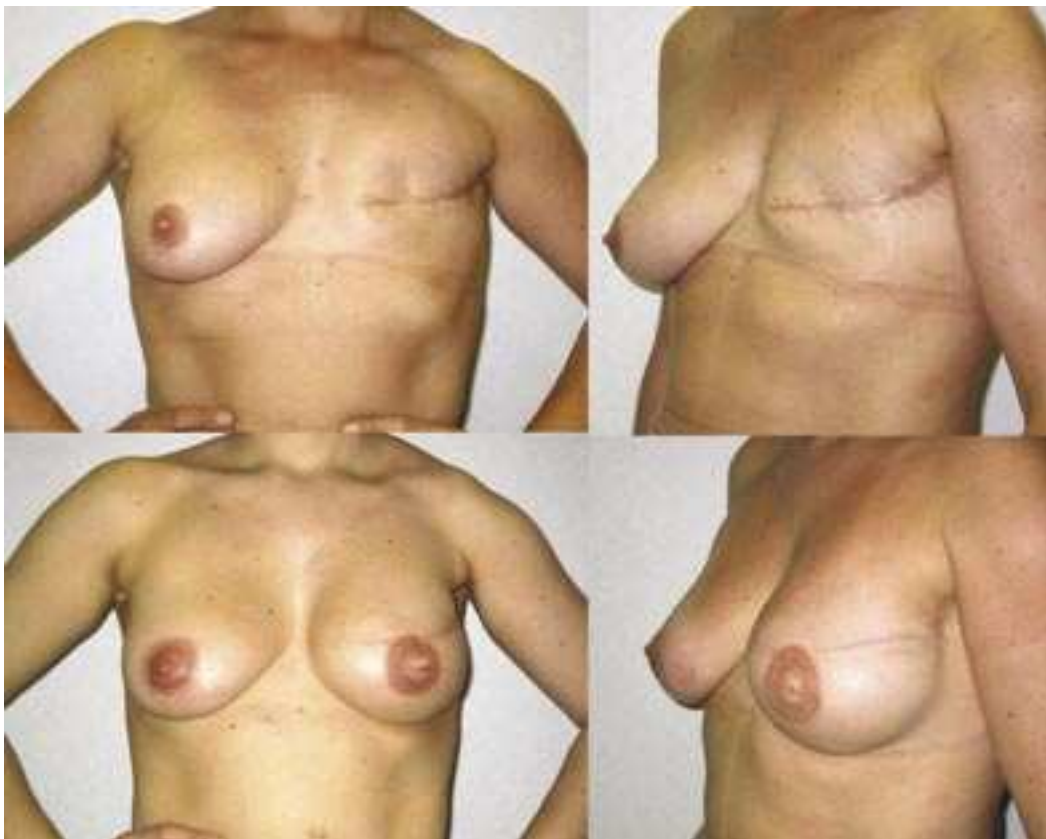


Fig. 10.

Mujer de 34 años que 10 meses antes había sido sometida a una mastectomía radical modificada tipo Patey por cáncer de mama. Inicialmente se procedió a expandir hasta 500 cc para ganar piel, sustituyendo posteriormente el expansor por una prótesis anatómica de 360 gr. El conjunto pezón areola se reconstruyó mediante un colgajo local asociado a un injerto de piel inguinal. En mama derecha se realizó una mastopexia tipo doughnuts asociada a una plicatura glandular vertical. (Arriba) Vista preoperatorio frontal y trescuartos derecha. (Abajo) Vista a los 12 meses de postoperatorio frontal y trescuartos derecha. Destaca el aspecto levemente hipertrófico de las cicatrices.



Fig. 11.

Mujer de 37 con cápsulas mamarias gado IV que 3 años antes había sido sometida en otro centro a un aumento con prótesis de volumen desconocido en el plano subpectoral. Se trató mediante un abordaje por surco realizando una capsulectomía completa bilateral con reconstrucción muscular y cierre del plano antiguo asociada a un aumento subglandular con unas prótesis anatómicas de 215 gramos. (Arriba) Vista preoperatorio frontal y trescuartos derecha. (Abajo) Vista a los 12 meses de postoperatorio frontal y trescuartos derecha.



autor

**Dr. Menéndez-Graño F.**

**Dr. Pena Fernández C.**

**Dr. Izquierdo Burrieza P.**

Especialistas en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora  
Unidad de C. Plástica, Estética y Microcirugía (UCPEM)  
Santa Susana, 35, Esc A, 1º D  
OVIEDO (33007) ESPAÑA

## CONCLUSIÓN

Aunque clásicamente todas las prótesis tenían una base redonda usándose en cualquier tipo de cirugía mamaria, la llegada de las prótesis anatómicas no ha anulado a las anteriores sino mejorado los resultados en el tratamiento de mamoplastias de aumento en ciertos aspectos e indicaciones.

En conclusión creemos que tanto las prótesis redondas como las anatómicas tienen vigencia e indicaciones específicas, debiendo estudiar, dentro de unas líneas generales, cada caso de forma particularizada.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Advanced Systems for Plastic and Reconstructive Surgery. McGhan Product Catalogue P/N 120.007 Rev 11. 2004:8-17. September 2004.
- 2.- Product Reference Guide. Mentor. 2005:3-14. September 2005.
- 3.- Hakelius, L., Ohlsen L. Tendency to capsular contracture around smooth and textured gel-filled silicone mammary implants: A 5-years follow-up. *Plast. Reconstr. Surg.* 100:1566, 1997.
- 4.- Baeke, J. L. Warning about anatomical breast implants. *Plast. Reconstr. Surg.* 105:740, 2000.