

Cirugía estética masculina: aumento de pectorales



Dr. Jesús Benito Ruiz⁽¹⁾, Dr. Mauricio Raigosa, Dra. Marisa Manzano, Dra. Laura Salvador

Especialistas en Cirugía Plástica, Reparadora y Estética

⁽¹⁾ Miembro de la AECEP. Barcelona

Resumen:

El aumento de pectoral es un procedimiento solicitado cada vez con más frecuencia. Consiste en la colocación de un implante de silicona por debajo del músculo pectoral mayor. Aunque sencillo en su ejecución, requiere una selección adecuada del implante en función de las medidas del bolsillo, y es imprescindible no desinsertar el músculo con el fin de evitar un aspecto femenino.

Palabras clave: pectoral, silicona, implante, hombre, cirugía estética

INTRODUCCIÓN

La proporción de hombres que acuden a las consultas de Cirugía Plástica se está incrementando significativamente. Uno de los procedimientos que más auge está experimentando es el aumento de los pectorales con el objetivo de conseguir un tórax más voluminoso y masculino. Un torso musculado es sinónimo de masculinidad y buena salud.

Existen tres grupos de pacientes que buscan este tipo de cirugía. El primero responde al grupo puramente estético, que desea un contorno de tórax mayor, con músculos pectorales bien definidos y masculinos. Dentro de este grupo se encuentran los habituales de gimnasios y centros de *fitness* que no consiguen un buen desarrollo muscular a pesar del entrenamiento continuado y aquellos hombres que desean conseguir volumen de una forma más rápi-

da y menos cansada. El segundo grupo correspondería a las lesiones del pectoral mayor producidas por sobrecarga en el entrenamiento, y el tercero con malformaciones congénitas con ausencia de desarrollo del músculo pectoral o con atrofia secundaria a lesiones nerviosas.

La técnica es relativamente sencilla, consistente en cuanto a resultados y con pocas complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Implantes

Los implantes que utilizo son los de la marca Polytch-Silimed que vienen en tres medidas: 190 ml (anchura de 14,4 cm con una proyección de 2,4 cm), 240 ml (anchura de 15,8 cm y proyección de 2,6 cm) y de 300 ml (anchura de 16,5 cm y pro-

yección de 2,9 cm). Ya tienen una forma establecida de manera que, una vez colocados, dan la impresión de un músculo pectoral en contracción. La única pequeña pega de estas prótesis es que no suelen ocupar la porción infraclavicular y en algunos pacientes puede ser necesario utilizar prótesis hechas a medida.

En algunos casos particulares, o si estos implantes no están disponibles, es posible usar los implantes de glúteo de Vergara (ovales)¹.

En pacientes con anomalías congénitas (Poland) o lesiones nerviosas suele ser necesario pedir un implante hecho a medida a semejanza del músculo pectoral sano. En estos casos se saca un modelo con un polímero o yeso y a partir de él se fabrica el implante.

Técnica

La decisión del volumen del implante viene dada por los deseos del paciente, pero sobre todo por las medidas del músculo pectoral mayor. Hay que tener en cuenta que el implante ha de situarse bajo el músculo y que de ninguna manera se debe desinsertar, ya que el resultado sería una mama femenina.

La figura 1 muestra las distancias que medimos habitualmente. Hay que tener en cuenta que las medidas externas son superiores a las internas y hay que restar un par de centímetros de las medidas que tomamos en la piel. Esto es especialmente importante en hombres que hacen musculación, ya que el grosor del músculo puede ser importante.

La incisión se sitúa en la axila, en uno de los pliegues, y suele ser transversal. Solamente uso una incisión vertical en las prótesis hechas a medida, porque son más rígidas y difíciles de colocar. Se identifica el borde del músculo pectoral mayor y se hace un bolsillo submuscular, evitando desinsertar la zona esternal y costal del músculo para que el implante no descienda. En este momento se mide la cavidad y se elige el implante definitivo. La orientación del implante dependerá de lo que queramos conseguir y de la forma y medidas del músculo. En pacientes con un tórax ancho es posible colocar el implante horizontalmente para dar la sensación de un músculo cuadrado y típico del entrenamiento de musculación. En otros casos el implante ha de ir ligeramente oblicuo, de forma que defina los con-

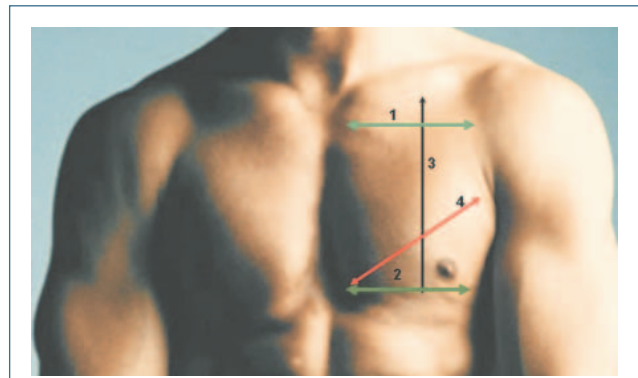


Fig. 1. Marcaje preoperatorio. Líneas 1 y 2, anchura del músculo en su porción craneal y caudal, respectivamente. La línea 3 corresponde a la altura del músculo y la línea 4 es la distancia del ángulo codroesternal a la axila.



Fig. 2. El implante puede girarse para utilizar la zona más gruesa del mismo donde necesitamos más volumen. En este caso, el implante se giró 90° en sentido contrario a las agujas del reloj para rellenar la zona infraclavicular, que era la que el paciente quería destacar.

tornos del músculo. También podemos girar el implante para incrementar zonas poco desarrolladas a nivel axilar o craneal (infraclavicular) (Fig. 2).

No ponemos drenaje. El paciente experimenta una sensación de tensión pero no es particularmente doloroso. Durante cinco semanas no ha de ejercitar el músculo pectoral mayor; tras este periodo puede recomenzar el entrenamiento de forma progresiva.



Fig. 3. Aumento de pectoral con prótesis de 300 cc colocada verticalmente (girada 90° en sentido contrario a las agujas del reloj en el lado derecho y en sentido horario en el izquierdo).

CASUÍSTICA

Hemos intervenido a 22 pacientes con edades comprendidas entre los 25 y los 56 años. En tres casos usamos implantes hechos a medida, en dos casos

implantes de Vergara y en el resto implantes de pectoral de Polytech-Silimed.

18 casos fueron para incrementar estéticamente el músculo pectoral mayor (Figs. 3 y 4). En dos

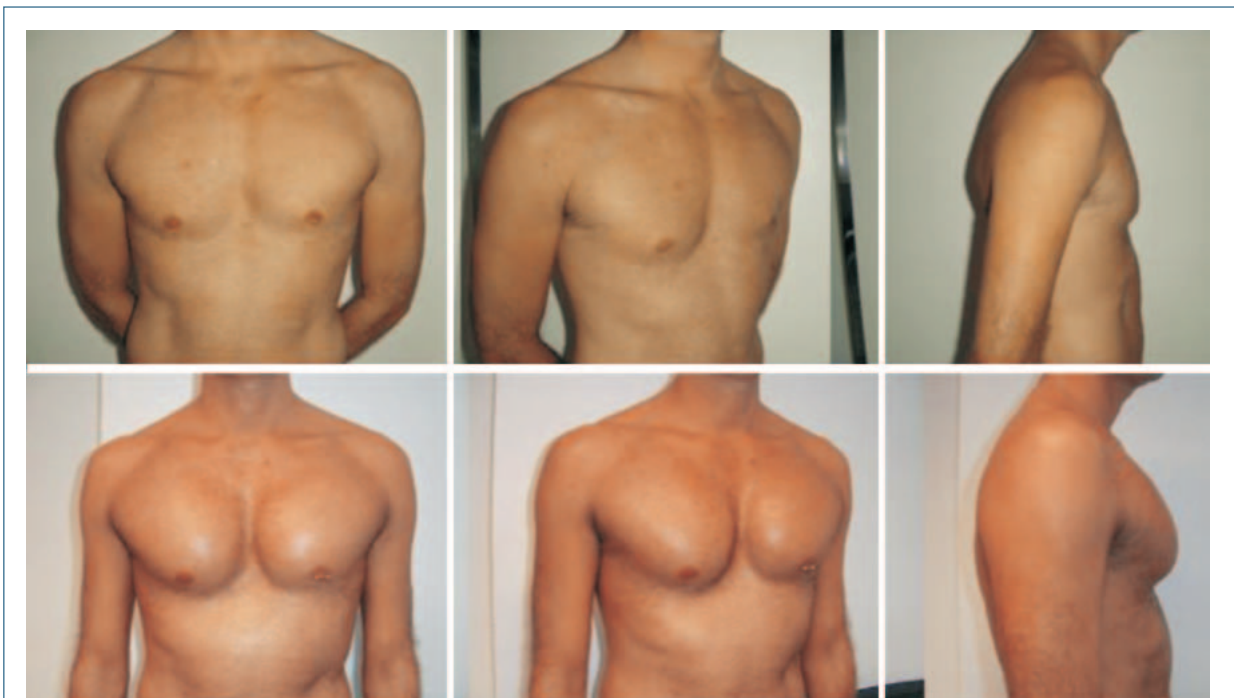


Fig. 4. Aumento de pectoral con prótesis de 240 ml colocada de forma oblicua, dado que el músculo tiene una evidente forma triangular.

casos de este grupo se usaron prótesis hechas a medida, y en otros dos pacientes implantes ovales. En cuanto al resto, se implantaron prótesis de 190 ml en cinco pacientes, de 230 ml en seis y de 300 ml en tres pacientes.

En un paciente con ausencia de músculo pectoral mayor, excepto en su porción infraclavicular, se usó un implante para la reconstrucción del resto del músculo y del contorno (Fig. 5). Un paciente con lesión del músculo pectoral mayor por una lesión de plexo braquial fue reconstruido con una prótesis hecha a medida (Fig. 6). Hubo dos casos de lesiones musculares por entrenamiento que fueron resueltos con prótesis de pectoral.

No hubo seromas, hematomas o infecciones, ni extrusiones o contractura capsular.

DISCUSIÓN

Hay pocas referencias en la literatura médica acerca de este procedimiento. Sin embargo, en los últimos años se ha observado un incremento en la demanda de este tipo de cirugía.

El aumento de pectoral es técnicamente simple, con pocas complicaciones y con unos resultados francamente buenos. Desde nuestro punto de vista, lo más importante es saber que el músculo no ha de ser desinsertado y saber elegir el implante. Los implantes de pectoral de Polytech-Silimed son los de elección y la tendencia es usar más los de 230 y 300 ml, en detrimento de los de 190 ml. Hay que explicar al paciente que el volumen final depende de las medidas reales del bolsillo y de la forma del pectoral y no sólo de sus expectativas. Lo ideal es colocar el implante horizontalmente, dado que así define un músculo ancho, pero si el músculo es triangular el implante ha de ir oblicuo para evitar el desplazamiento lateral con la contracción del músculo.

Por lo general, la porción infraclavicular del pectoral es bastante más gruesa y desarrollada que el resto, por lo que estos implantes suelen ser suficientes para conseguir una buena definición. Sin embargo, si el paciente desea un pectoral muy cua-



Fig. 5. Reconstrucción de pectoral con un implante de 240 ml en un síndrome de Poland.

drangular incluyendo en el aumento la porción infraclavicular, puede ser necesario usar un implante hecho a medida o girar el implante de forma que la parte más gruesa esté a este nivel, como se muestra en el paciente de la figura 2. Si usamos un implante conformado, el aspecto estético es bueno pero la silicona es algo más dura al tacto que los disponibles en el mercado.

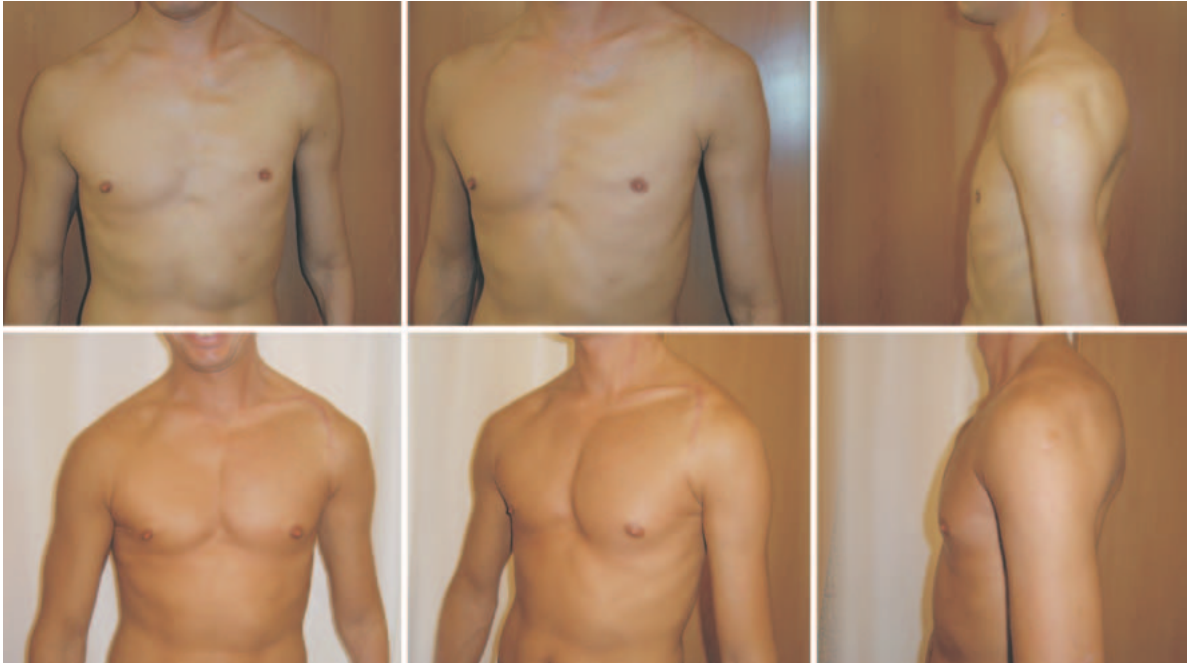


Fig. 6. Reconstrucción del músculo pectoral izquierdo con una prótesis hecha a medida en un paciente con lesión de plexo braquial. También se implantó una prótesis de gemelo debajo del tríceps izquierdo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Benito-Ruiz J. Buttock implants for male chest enhancement. *Plast Reconstr Surg.* 2003; 112: 1951.
2. Aiache AE. Male chest correction. Pectoral implants and gynecomastia. *Clin Plast Surg.* 1991; 18: 823-828.
3. Aiache AE, Carlsen LL, Amezcua H, et al. Calf, Buttock, and Pectoral Implants. *Aesthetic Surgery Journal.* 2003; 23: 410-413.
4. Hodgkinson DJ. Chest wall implants: their use for pectus excavatum, pectoralis muscle tears, Poland's syndrome, and muscular insufficiency. *Aesthetic Plast Surg.* 1997; 21: 7-15.
5. Horn G. A new concept in male chest reshaping: anatomical pectoral implants and liposculpture. *Aesthetic Plast Surg.* 2002; 26: 23-25.
6. Pereira LH, Sabatovich O, Santana KP et al. Pectoral muscle implant: approach and procedure. *Aesthetic Plast Surg.* 2006; 30: 412.