

Aumento mamario con colocación de prótesis anatómicas por vía axilar a nivel subfascial asistido por endoscopia



Dr. José M.ª Serra Renom⁽¹⁾ y Dr. Juan Muñoz del Olmo⁽²⁾

^(1,2) Cirujano plástico.

⁽¹⁾ Miembro de la AECEP.

Resumen:

En aquellas pacientes con hipoplasia mamaria, asociada a flacidez cutánea pero sin ptosis, si el pellizco de piel y grasa es mayor de 1 cm, nosotros colocamos prótesis anatómicas por vía axilar a nivel subfascial, asistido por endoscopia.

La vía de abordaje que utilizamos es la axilar. Después de la incisión cutánea en un pliegue de la axila realizamos una incisión en la fascia del pectoral mayor, se disecciona bajo ella con ayuda con nuestro disector de endoscopia. A nivel del reborde distal del músculo pectoral mayor se secciona la fascia y se hace el bolsillo subcutáneo 2 cm. donde correspondería al surco submamario. Una vez realizado el bolsillo introducimos la prótesis anatómica comprobando con el endoscopio la colocación correcta de la misma mediante la localización de los puntos de referencia marcados en relieve en la prótesis.

La colocación de prótesis a nivel subglandular consigue un buen relleno del bolsillo en la porción inferior, pero el peso de la prótesis y de la glándula queda soportado por la piel, ocasionando tendencia a la ptosis con el tiempo. La colocación de prótesis a nivel submuscular se puede girar con la contracción muscular, produciendo un mal resultado estético al ser prótesis anatómicas. Por lo anterior proponemos la colocación de la prótesis anatómica bajo la fascia superficial del pectoral, esto permite un relleno óptimo de la porción inferior del bolsillo, y al conservar los ligamentos de Cooper entre dicha fascia y la glándula preservamos su sostén natural evitando la ptosis. A la vez, conseguimos un buen relleno del polo inferior. Utilizamos la vía axilar, ya que evitamos cicatrices en la mama y el endoscopio nos permite controlar la adecuada colocación de la prótesis.

Palabras clave: prótesis, subfascial, axilar, endoscopia.

INTRODUCCIÓN

En el aumento mamario preferimos la utilización de prótesis anatómicas de gel cohesivo “Soft Touch” frente a las prótesis esféricas tradicionales¹, ya que nos permiten un amplio abanico de opciones en cuanto a variantes de formas, altura, anchura y proyección para conseguir un buen relleno del polo superior, de manera que podemos conseguir adecuar la prótesis a las necesidades particulares de cada paciente. Asimismo utilizamos la vía axilar por considerarla la más adecuada para que las cicatrices postoperatorias no sean visibles², así como evitar actuar sobre el tejido glandular.

La candidata ideal para realizar esta técnica es una mujer con:

- Hipoplasia mamaria.
- Mama vacía después de dos o más lactancias.
- Flacidez cutánea sin ptosis o con ptosis leve.

Consideramos la realización de un *pinching test* para establecer el grosor del panículo cutáneo-graso, ya que la colocación de la prótesis a nivel subfascial viene condicionada por la presencia de una cantidad de glándula y tejido adiposo suficiente.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

1. Incisión en pliegue de la axila

Realizamos una incisión de aproximadamente 4,5 cm en un pliegue de la axila, desde la línea axilar anterior sin sobrepasar nunca el borde proximal del pectoral mayor; una vez incidida la piel, debido a la elasticidad de la misma, desplazamos la incisión hasta colocarla encima del borde del músculo pectoral mayor, realizamos tracción de la misma hacia arriba, evitando así la presencia de linfáticos al realizar la disección. Se localiza la fascia superficial del pectoral mayor y se incide ésta de forma paralela a las fibras musculares, en el mismo reborde del músculo.

2. Disección subfascial

Se realiza una disección debajo de la fascia del músculo pectoral mayor y sobre las fibras musculares con ayuda de la pala de luz fría adecuada con el sistema endoscópico diseñado por nosotros (Serra-Renom endoscopic swivel retractor system). Una

vez se llega a su límite más distal se incide la fascia en horizontal a nivel de la VI costilla y se realiza disección subcutánea hasta el nivel donde queramos colocar el nuevo surco submamario.

3. Valoración del volumen de la prótesis

Se coloca una prótesis medidora que se rellena con suero fisiológico, permitiéndonos establecer el volumen necesario y el tamaño de prótesis a colocar, de la misma manera nos permite comparar la simetría de ambos lados.

4. Colocación de prótesis anatómica

Se retiran las prótesis medidoras y se comprueba la hemostasia con ayuda del endoscopio. Seguidamente se marcan los puntos de referencia de la prótesis sobre la piel con ayuda de una plantilla o de la imagen especular de la propia prótesis.

Se introduce la prótesis anatómica seleccionada utilizando para ello dos separadores para permitir la separación simultánea del músculo pectoral mayor y el serrato.

Una vez introducida la prótesis se comprueba con ayuda del endoscopio los puntos de referencia de la misma para asegurarse de que está correctamente colocada.

5. Cierre y vendaje

Se coloca un drenaje aspirativo y se cierra la incisión de la axila. Consideramos fundamental la realización de un vendaje cuidadoso que mantenga las prótesis en su lugar adecuado, que se mantiene una semana para evitar rotaciones de las mismas por movimientos involuntarios de la paciente. Posteriormente durante un mes deberá dormir en decúbito supino y con un sujetador que mantiene la posición de la prótesis. (Pasos quirúrgicos en Fig. 1A a Fig. 1F.)

RESULTADOS

Desde mayo de 2002 hasta octubre de 2007 se ha utilizado esta técnica en 314 pacientes, con un postoperatorio muy satisfactorio, sin molestias. No se han observado ningún caso de rotación ni des-



Fig. 1A: abordaje de la fascia del músculo pectoral mayor: infiltrada y preparada para la intervención.



Fig. 1C: sección de la fascia a nivel de la sexta costilla.



Fig. 1F: vendaje en el postoperatorio inmediato, sujetando la prótesis para evitar su rotación.

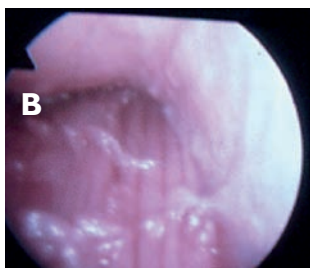


Fig. 1B: disección subfascial.

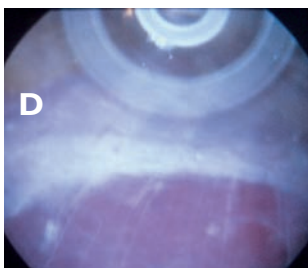


Fig. 1D: con endoscopia podemos apreciar las fibras del músculo pectoral y la porción distal de la fascia después de su sección.

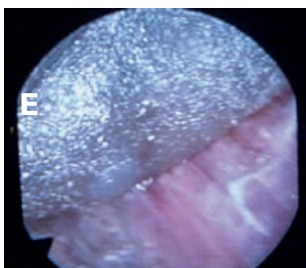


Fig. 1E: con endoscopia identificamos los puntos de referencia de la prótesis.

que dan soporte a la glándula además de la piel (ligamento de Cooper y fibras de la hoja profunda de la fascia superficialis a fascia pectoral). Con la colocación de prótesis anatómica a nivel subglandular conseguimos un buen relleno del bolsillo al estar la prótesis detrás de la glándula, la

plazamiento de la prótesis³. Con las prótesis anatómicas el relleno del polo superior de la mama es el adecuado (Fig. 2 A-D, Fig. 3 A-D, Fig.4 a-D).

La cicatriz en la axila ha evolucionado muy satisfactoriamente, sin ningún caso de hipertrofia, tampoco se ha detectado ningún caso de lesión del nervio intercostobraquial.

DISCUSIÓN

La colocación de prótesis anatómica a nivel submuscular presenta como principales inconvenientes⁴: posibilidad de rotación de prótesis por estar el bolsillo disecado desde la axila y la propia contracción muscular favorece la posibilidad de rotación de la prótesis. Asimismo presenta una mayor posibilidad de hematomas en el postoperatorio inmediato y el dolor es mayor al actuar sobre el músculo.

Pero a su vez es la indicada en pacientes con un *pinching test* fino, es decir, con panículo cutáneo-adiposo delgado, y mantiene las estructuras fibrosas

colocación de la prótesis es más fácil. Pero presenta el inconveniente de aumentar la incidencia de ptosis, porque tanto el peso de la glándula como el peso de la prótesis están soportados en su totalidad por la piel, ya que la disección subglandular rompe los ligamentos de soporte entre la hoja profunda de la fascia superficialis y la fascia pectoral.

Los ligamentos de Cooper⁵ constituyen un tejido conjuntivo denso proveniente de la piel subyacente a la mama y dirigido a través del tejido glandular a la fascia superficialis, que cubre a la glándula anterior y posteriormente, sujetándola y dándole forma cónica. De la misma manera, existen fibras que unen esta hoja profunda de la fascia superficialis con la lámina superficial de la fascia del músculo pectoral mayor.

Con la colocación de prótesis anatómicas a nivel subfascial se consigue un buen relleno del bolsillo cutáneo y del polo superior al estar la prótesis detrás de la glándula. La recuperación en el postoperatorio inmediato es mejor y con menos dolor. Asimismo se puede realizar musculación

sin desplazamiento de la prótesis por contracción muscular al estar la prótesis subfascial. Al estar la prótesis subfascial, no aumenta la incidencia de ptosis al soportar la fascia el peso de la prótesis. De la misma manera, no aumenta la incidencia de ptosis al respetar las uniones fibrosas entre la hoja profunda de la fascia superficialis y la fascia del pectoral mayor.

Con esta técnica se evita la incidencia de mala colocación de las prótesis por giro debido a las contracciones musculares, al estar colocadas subfascialmente.

Por todo lo anterior, consideramos que la colocación de prótesis anatómica por vía axilar a nivel subfascial combina las ventajas de la colocación subglandular y submuscular, evitando sus inconvenientes. Técnicamente resultaría más complicado que las dos anteriores, pero con la utilización de las palas de separación específicas para el músculo pectoral mayor y serrato, así como la endoscopia se vuelve una técnica menos dificultosa y con buenos resultados en aquellas pacientes en que está indicada si tienen un grosor del panículo cutáneo-graso suficiente, siendo el *pinching test* un elemento fundamental para medirlo.

Asimismo, al ser prótesis anatómicas de gel cohe-

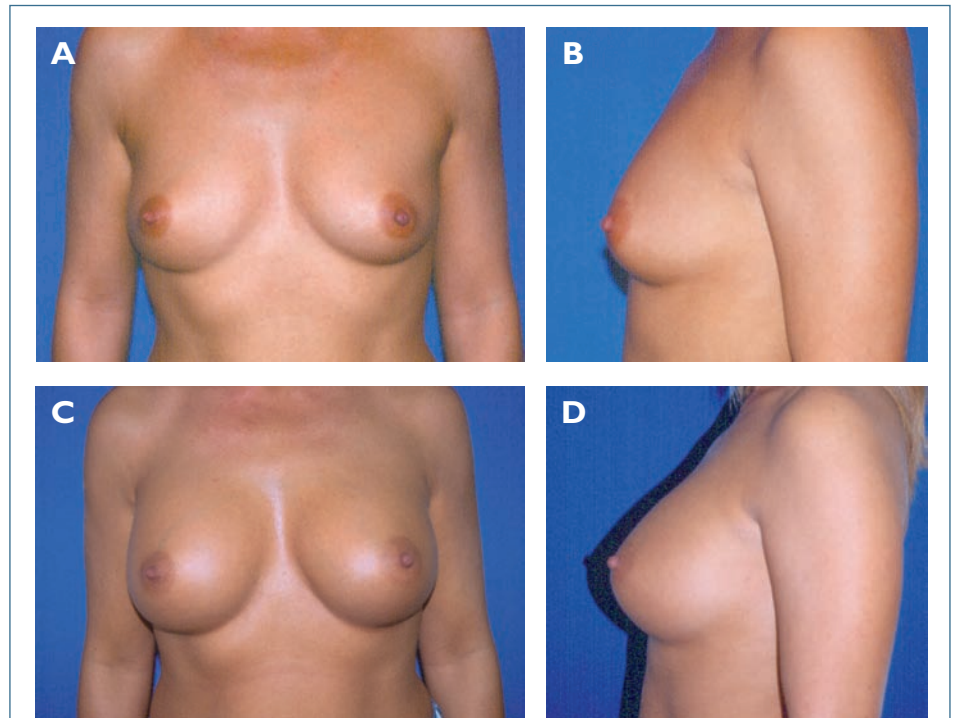


Fig. 2. Paciente de 38 años con dos lactancias y ligera flacidez cutánea con exceso de piel. Uso de prótesis McGhan STMM 320. Imagen preoperatoria de frente y perfil (A, B), y a un año de la cirugía (frente y perfil) (C, D).

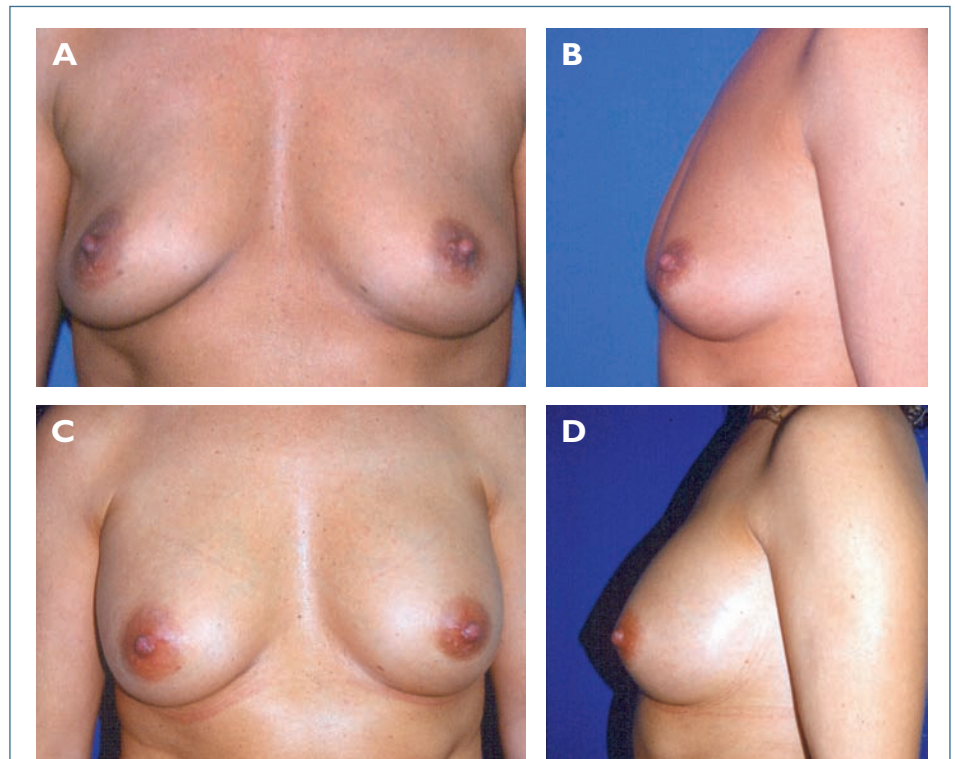


Fig. 3. Paciente de 44 años con tres lactancias con flacidez cutánea, exceso de piel y ptosis grado I. Uso de prótesis McGhan STMF 335. Imagen preoperatoria de frente y perfil (A, B), y a un año de la cirugía (frente y perfil) (C, D).

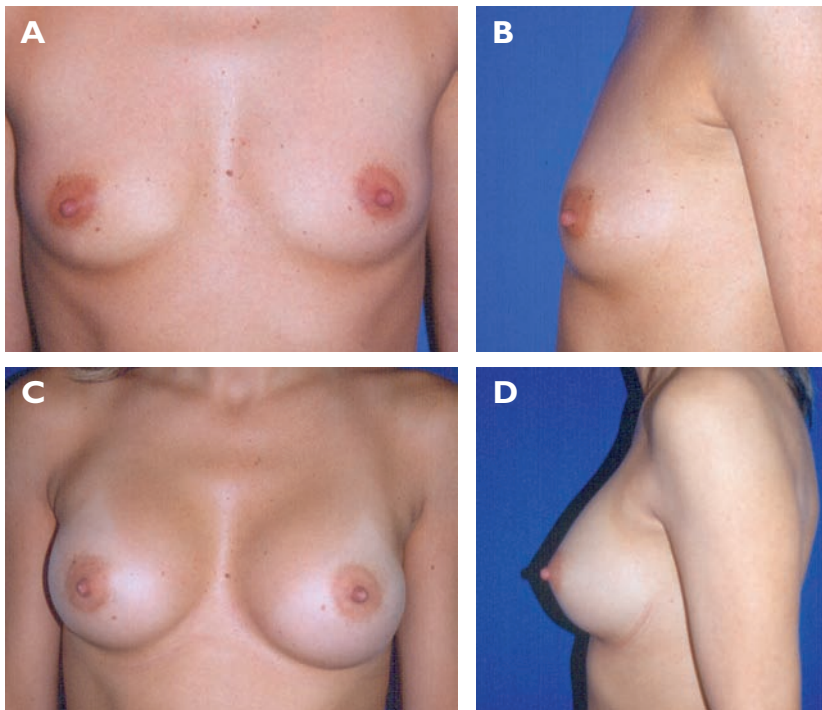


Fig. 4. Paciente de 34 años con dos lactancias que presenta flacidez cutánea sin ptosis. Uso de prótesis STMM 320. Imagen preoperatoria de frente y perfil (**A, B**), y a un año de la cirugía (frente y perfil) (**C, D**).

sivo pero tipo *soft touch* es más fácil su introducción por la axila, al ser más blandas. Utilizamos la vía axilar, realizando el bolsillo con la ayuda de la endoscopia y empleando la prótesis medidora para valorar el tamaño de la prótesis así como la simetría entre los dos bolsillos antes de colocar la prótesis definitiva. Consideramos muy importante el vendaje que evite la rotación de la prótesis y dormir en decúbito supino durante un mes.

En pacientes con una mama vacía y flácida, frecuente después de una o más lactancias, la técnica de elección en nuestro instituto pensamos que es la colocación de prótesis anatómicas de gel cohesivo *soft touch* por vía axilar y colocación subfas-

BIBLIOGRAFÍA

1. Barnett A. Transaxillary subpectoral augmentation in the ptotic Breast: augmentation by disruption of the extended pectoral fascia and parenchymal sweep. *Plast Reconstr Surg*, 1990; 86: 76.
2. Graf RM, Bernardes A, Auersvald A, Damasio RC. Subfascial endoscopic trasaxillary augmentation mammoplasty. *Aesth Plast Surg*, 2000; 24 (3): 216-20.
3. Góes JC, Landecker A. Optimizing outcomes in breast augmentation: seven years of experience with the subfascial plane. *Aesth Plast Surg*, 2003; 21.
4. Graf RM, Bernardes A, Rippel R, et al. Subfascial breast implant: a new procedure. *Plast Reconstr Surg*, 2003; 111(2): 904-8.
5. Serra-Renom JM, Fernández M, Yoon T. Augmentation Mammoplasty with Anatomic Soft, Cohesive Silicone Implant Using the Transaxillary Approach at a Subfascial Level with Endoscopic Assistance. *Plast Reconstr Surg*, 2005; 116(2): 640-645.
6. Serra-Renom JM, Fernández M. Aumento mamario con colocación de prótesis anatómicas por vía axilar a nivel subfas-