

Remodelación pectoral con prótesis a medida



Dr. Juan Monreal

Cirujano plástico.
Miembro de la AECEP, Madrid.

Resumen:

Remodelación pectoral mediante implantes: en la actualidad existen dos opciones estables para remodelar la zona pectoral en hombres. La implantación de prótesis pectorales y la lipoescultura o liposucción de la zona pectoral y torácica con la realización simultánea o no de injertos de grasa autóloga.

Indicaciones: aunque sus indicaciones en cirugía reparadora o en el tratamiento de secuelas podrían ser obvias, su principal indicación es la de mejorar estéticamente la región pectoral masculina, con el objetivo de suplementar una musculatura pectoral de insuficiente volumen o simplemente la de “masculinizar” el tórax.

Técnica: se hace hincapié en el uso de implantes pectorales realizados a medida mediante encargo o mediante tallado directo en bloques de silicona.

Complicaciones: infección, hematoma, seroma, encapsulación periprotésica.

INTRODUCCIÓN

Cada vez con más frecuencia los hombres solicitan mejoras estéticas más sofisticadas, algunas de las cuales son específicas de su género, no obstante siguen constituyendo un porcentaje bajo del total de cirugías estéticas realizadas. Algunos de estos tratamientos, como la remodelación del área pectoral, incluyen el empleo de prótesis específicas para conseguir el resultado adecuado pero, siendo reducido el número de cirugías de este tipo que se realizan, no existe una variedad de opciones terapéuticas tan grande como la que podemos encontrar en otras zonas anatómicas (prótesis faciales, mamarias, etc.). Hablando de la remodelación de la zona pectoral en particular, existen pocas referencias bibliográficas que traten de una forma exhaustiva el tema y si

reducimos el espectro al uso de prótesis, el número es realmente bajo. Quizá esta situación se deba a una doble relación: la ausencia de una oferta variada y suficientemente amplia de implantes supone que la oferta de resultados sea también escasa y, por tanto, menos realizado; por otro lado, la realización de un número escaso de este tipo de intervenciones supone, también, un menor desarrollo de la oferta en este tipo de implantes.

OPCIONES TERAPÉUTICAS

Si eliminamos las referencias anecdóticas al uso de prótesis en la región pectoral, fueron probablemente Aiach¹ y Novack² los primeros que abordaron con algo más de profundidad la remodelación pec-

toral con implantes. Los dos comunican el uso de implantes manufacturados en silicona sólida, pero solamente Aiach hace referencia a lo que podrían ser implantes comerciales (aunque no nombra ni marca ni fabricante), mientras que Novack utiliza implantes fabricados a medida. Con posterioridad Haroldo Pereira³ y Horn⁴ ya publican resultados con el uso de prótesis anatómicas de gel de silicona cohesivo. Asimismo, Benito-Ruiz es el profesional que ha publicado una mayor experiencia con todo tipo de implantes^{5,6}.

En el momento actual, tratándose de prótesis, solamente existen dos opciones accesibles en Europa, las prótesis anatómicas fabricadas por Silimed (Polytech-Silimed Europe GmbH, Dieburg, Alemania) o las prótesis a medida realizadas por encargo. Las prótesis de Silimed (Fig. 1) se ofrecen únicamente en tres tamaños, todos con forma cuadrangular y superficie texturada. Las posibilidades terapéuticas podrían ampliarse si incluimos la remodelación mediante lipoescultura únicamente, el uso de implantes inyectables o el uso de injertos de grasa autóloga. La primera opción se mostrará insuficiente en muchos casos, ya que los pacientes solicitan, además de definición, aumento de volumen. Los implantes inyectables o son reabsorbibles a corto o medio plazo o, siendo permanentes, no ofrecen una definición o volumen suficiente unido, además, a un costo normalmente excesivo para el resultado que se obtiene. Los injertos de grasa pueden ofrecer definición y en ocasiones volumen, pero no siempre se puede obtener la cantidad de grasa suficiente en pacientes que, por lo demás, suelen tener muy escasos depósitos de grasa; en mi experiencia es una opción más útil en casos de secuelas postliposucción.

CIRUGÍA DE PRÓTESIS PECTORALES

Independientemente del tipo de prótesis de pectoral que se utilice, la intervención se realiza bajo anestesia general a través de una incisión en el hueco axilar de unos 4 cm. El abordaje a la porción axilar del músculo pectoral no se diferencia mucho de la empleada en el caso de aumento mamario, pero una vez accedido el espacio retropectoral, la disección del bolsillo es diferente. La extensión cau-

dal debe ser especialmente cuidadosa, ya que es necesario evitar una distancia infraareolar mayor de unos 3 cm para evitar la feminización del tórax. La extensión medial también debe ser cuidadosamente extendida, sin causar sinmastia, con el fin de evitar una separación excesiva. La extensión craneal y superoexterna del bolsillo dependerán del tamaño y forma del implante elegidos, con cuidado de que la prótesis no se apoye de forma inadecuada en el surco deltopectoral. En resumen, en los casos con una topografía muscular normal, los implantes deben estar totalmente cubiertos por el pectoral mayor.

Si se han elegido implantes anatómicos, aparte de elegir uno de los tres tamaños disponibles, podremos valorar la posibilidad de variar la orientación de las prótesis con el fin de adaptarnos al relieve actual del músculo pectoral o variar ligeramente la forma torácica. Los implantes se introducen con ligera dificultad debido a la macrotextura que presenta la cápsula del implante. En este sentido, la pestaña de refuerzo que llevan trata de facilitar la inserción (Fig. 1).

En el caso de los implantes a medida, la versatilidad es mucho mayor. El diseño puede adaptarse de forma específica a las características del paciente suplementando específicamente zonas que los actuales implantes anatómicos no cubren. El diseño debe ser especialmente cuidadoso, ya que debemos obtener una simetría final óptima. Debido por tanto a las asimetrías normales del cuerpo, los dos implantes no serán exactamente iguales. Aunque se puede solicitar su manufactura como implantes de



Fig. 1. Prótesis anatómica para aumento de pectoral.

gel o sólidos, preferimos estos últimos por varias razones. En primer lugar los implantes sólidos manufacturados con el durómetro más blando presentan un tacto algo mejor que el gel para el fin que se persigue, pueden ser talladas adicionalmente *in situ* para mejorar más su adaptación final, su introducción es relativamente menos laboriosa por ser lisos y por poder enrollarse; por último, el riesgo de rotura es, obviamente, mucho menor.

Sea cual sea la opción elegida y una vez completada la intervención se dejan drenos aspirativos durante un mínimo de 24 horas, aunque si se sospecha la posibilidad de seroma pueden dejarse más tiempo. Como prenda postoperatoria se puede elegir cualquiera de las que se emplean habitualmente después de la liposucción de la región torácica. El resto de medidas o consejos no difieren de las que se recomiendan en el aumento mamario retropectoral.

En los casos en los que esté indicado, la cirugía de implantes pectorales puede complementarse con otros procedimientos de remodelación corporal como liposucción de tronco y regiones torácicas laterales (Fig. 2). No obstante es importante, como en cualquier cirugía de implantes, no comunicar los espacios quirúrgicos para evitar contaminaciones o seromas no deseados.

COMPLICACIONES Y RESULTADOS

Las posibles complicaciones de la cirugía de prótesis pectorales no varían demasiado de las que pueden aparecer con los implantes mamarios. Infección, hematoma, asimetría o encapsulación periprotésica (Fig. 3). Hay que tener en cuenta que la cirugía secundaria de los implantes pectorales se



Fig. 2. Preoperatorio (A y C) y postoperatorio (B y D) de aumento de pectorales con prótesis a medida y liposucción.

deberá realizar a través de la misma incisión axilar, con las limitaciones de accesibilidad, visibilidad y manipulación que esto conlleva. Las prótesis anatómicas se pueden explantar con relativa facilidad por la incisión axilar sin poner en riesgo la integridad del implante. Nuestra corta experiencia con la encapsulación de una prótesis anatómica se resolvió con facilidad realizando un bolsillo supr capsular inmediatamente adyacente al previo, manteniendo en todo momento la posición retropectoral del implante.

Desde nuestra modesta experiencia, y dada la escasa oferta de prótesis pectorales, los resultados que se obtienen mediante implantes sólidos a medida son superiores y se adaptarán con mucha fidelidad a las expectativas del paciente. Aspectos como la estética estática o en movimiento y el tacto son superiores si se emplean implantes sólidos.

CONCLUSIÓN

La oferta actual de prótesis pectorales es francamente escasa, lo que puede ser un serio *handicap* a la hora de mejorar y refinar los resultados obtenidos en la cirugía del contorno torácico masculino. Los

implantes a medida son en el momento actual, desde nuestro punto de vista, una solución estética mejor ya que consigue tratar de forma exhaustiva una región altamente variable en cuanto a relieves anatómicos y deseos individuales de cada paciente. Bien diseñados, bajo las indicaciones específicas del paciente, constituyen una alternativa con un índice

de satisfacción muy elevado. Los implantes anatómicos son especialmente caros y mucho más si se trata de implantes a medida; estos factores suponen un obstáculo adicional para facilitar el acceso de los pacientes a estas cirugías. La popularidad de estos tratamientos en el momento actual está, por tanto, muy lejos de la que sería deseable.

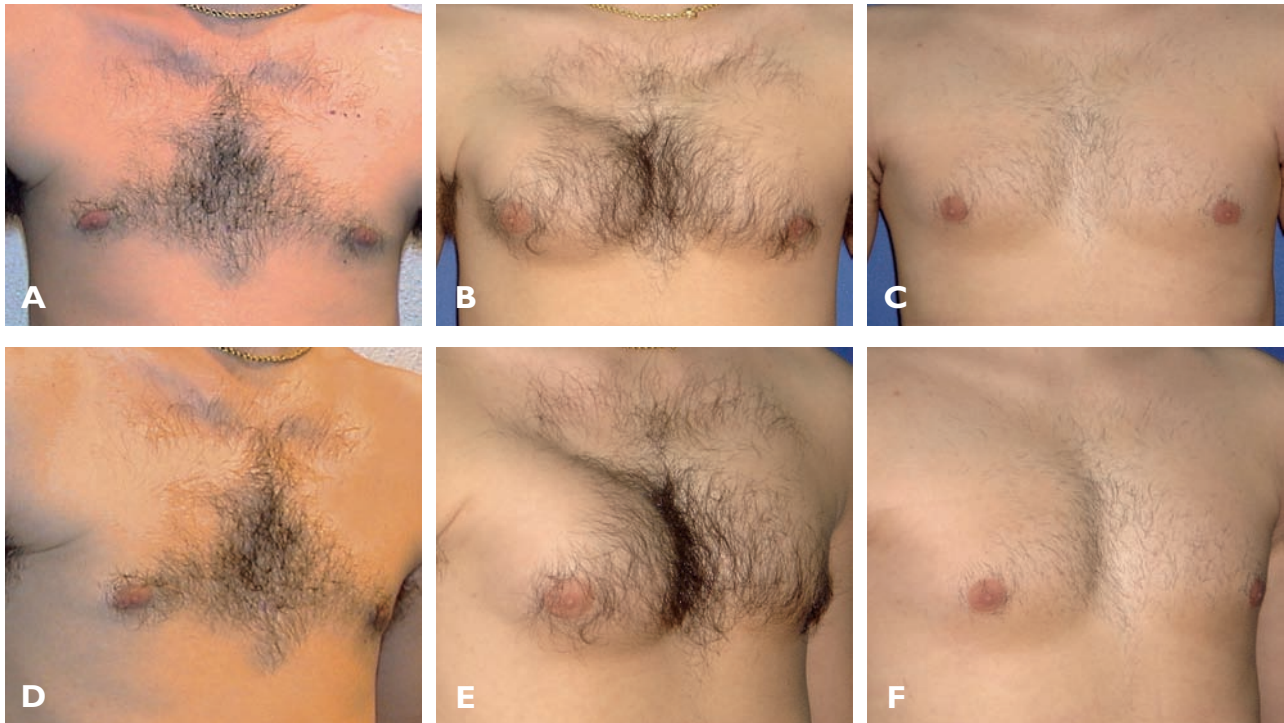


Fig. 3. Preoperatorio (A y D), postoperatorio inicial (B y E) en el que se puede apreciar la encapsulación grado IV de la prótesis derecha y postoperatorio posterior al recambio por prótesis a medida (C y F).

BIBLIOGRAFÍA

1. Aiache AE. Male chest correction. Pectoral implants and gynecomastia. *Clin Plast Surg*, 1991; 18: 823-838.
2. Novack BH. Alloplastic Implants for Men. *Clin Plast Surg*, 1991; 18: 829-855.
3. Pereira LH, Sabatovich O, Perim Santana K, Picanço R. Pectoral Muscle Implant: Approach and Procedure. *Aesth Plast Surg*, 2006; 30: 412-416.
4. Horn G. A New Concept in Male Chest Reshaping: Anatomical Pectoral Implants and Liposculpture. *Aesth Plast Surg*, 2002; 26: 23-25.
5. Benito-Ruiz J. Buttock implants for male chest enhancement. *Plastic Reconstr Surg*, 2003; 112(7): 1951.
6. Benito-Ruiz J, Raigosa JM, Manzano-Surroca M, Salvador L. Male Chest Enhancement: Pectoral Implants. *Aesth Plast Surg*, 2008; 32: 101-104.