

Empleo de prótesis mamarias anatómicas en la cirugía estética de aumento



Dr. Antonio de la Fuente⁽¹⁾, Dr. Ranieri Ripoli⁽²⁾

⁽¹⁾ Cirujano plástico. Miembro de la AECEP, Madrid

⁽²⁾ Residente de Cirugía Plástica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Resumen:

Objetivo: Comentar nuestra experiencia en el empleo e indicaciones del uso de implantes mamarios anatómicos en caso de aumento mamario con fines estéticos.

Método y resultados: Nuestro primer implante anatómico fue realizado en el año 1993. El resultado fue francamente satisfactorio, lo que nos convenció a continuar empleándolos. Tras quince años de empleo de estos implantes hemos tenido la oportunidad de valorar los resultados y definir las situaciones clínicas en las que, desde nuestro punto de vista, están más indicados este tipo de implantes. Sería en aquellos casos en que queremos modificar en cierta medida la forma de la mama además de aumentar el volumen. Con estos implantes se pueden corregir ciertos defectos de distribución del parénquima mamario y aumentar la proyección del polo inferior.

Discusión: En la actualidad existe la posibilidad de utilizar implantes de diferentes formas como anatómicos o redondos y diferentes proyecciones, altura y base, lo cual hace posible elegir la mejor opción de implante para cada paciente, de acuerdo con sus características anatómicas y deseos.

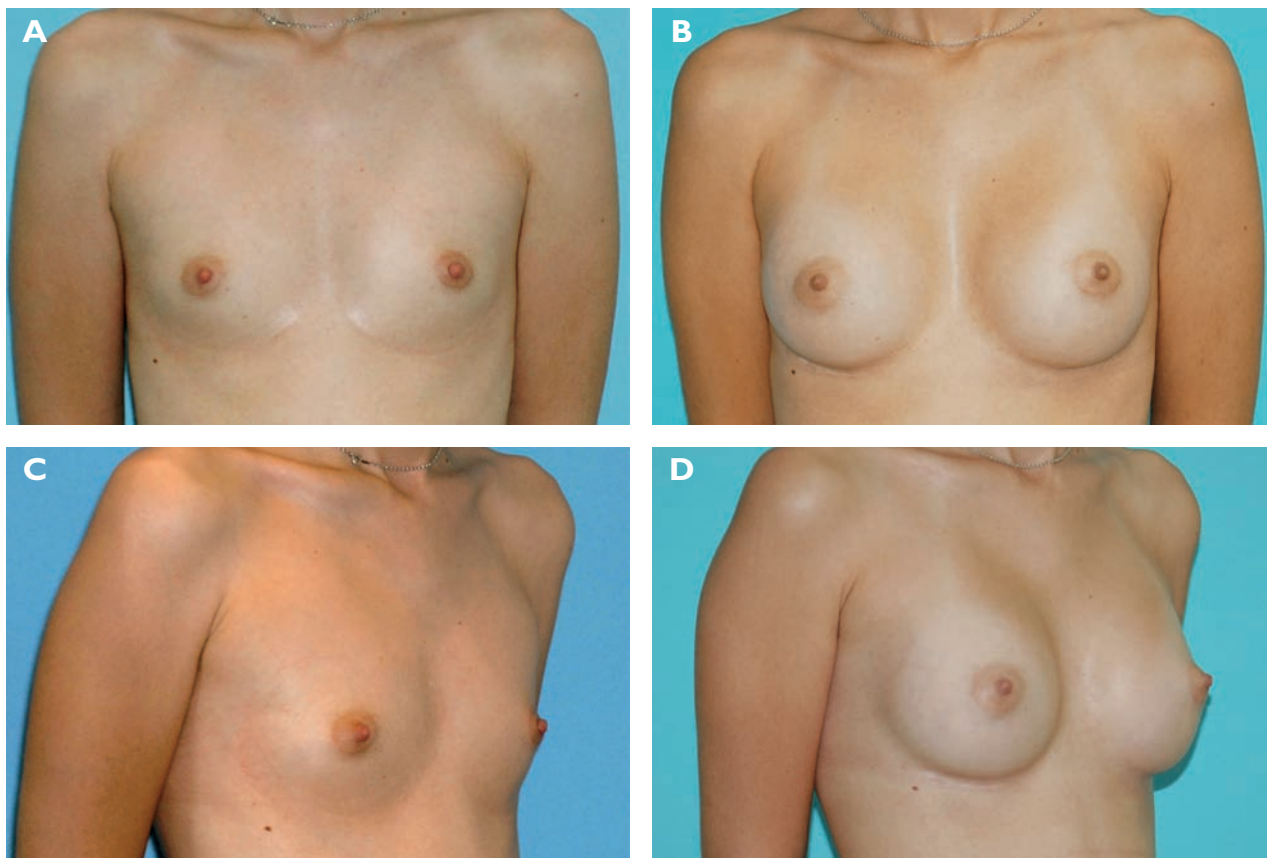
Palabras clave: implantes mamarios anatómicos, prótesis mamarias estéticas, cirugía estética.

INTRODUCCIÓN

La hipoplasia mamaria es un hallazgo relativamente común dentro de la población femenina debido frecuentemente a un escaso desarrollo de la mama o secundario a una involución postparto. En los últimos años han aumentado de manera considerable las pacientes que consultan por este motivo, hasta el punto que se ha convertido en

una de las intervenciones más demandadas en cirugía estética^{1,2}.

Aunque no dispongamos de una cifra exacta de mujeres que tienen implantadas prótesis mamarias con fines estéticos en nuestro país, en Estados Unidos se estima que son alrededor de un 1% de la población femenina, lo que consideramos podría extrapolarse a nuestro país.



Caso 1. Paciente con polo superior desarrollado y muy poca distancia del complejo areola pezón al surco submamario (A, C). Implantes anatómicos 255 gr. FF. Se aprecia una elongación y aumento del polo inferior mamario sin excesivo relieve del polo superior, dando una apariencia natural y corrigiendo la distribución del parénquima (B, D).

IMPLANTES MAMARIOS

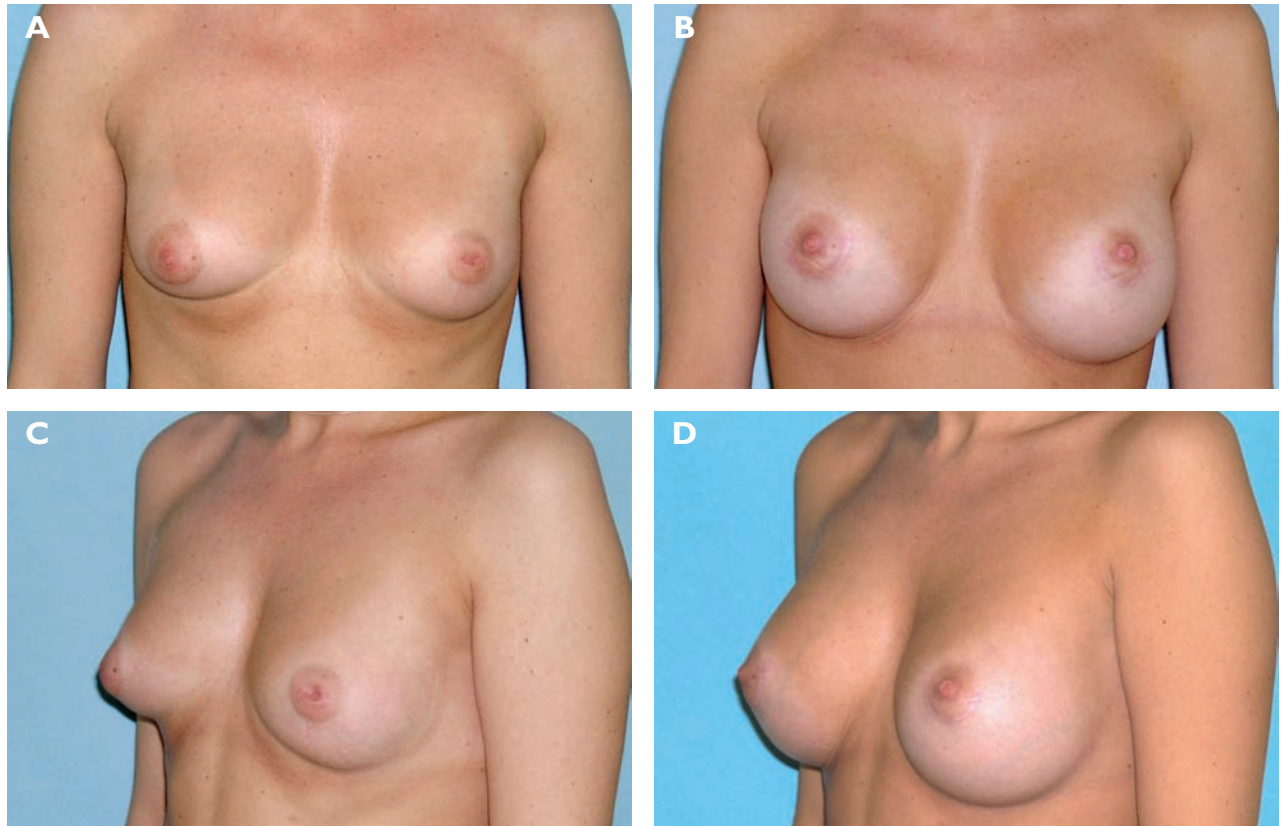
La primera intervención de aumento mamario la realizó Czerny en 1895 transfiriendo un lipoma a la región pectoral. En la primera mitad del siglo XX algunos cirujanos intentaron aumentar el tamaño de las mamas con colgajos locales, con el uso de sustancias inyectables o con el implante de diferentes materiales como esponja, cartílago, etc. Las primeras prótesis mamarias de gel de silicona fueron introducidas en 1962 por Cronin y Gerow, y desde entonces el aumento mamario con implantes es una de las operaciones más realizada en cirugía plástica¹.

Los primeros implantes mamarios fabricados por Dow Corning en la década de los 60 estaban hechos de gel de silicona incluido en una envoltura de silicona gruesa con superficie lisa con forma de gota de agua. Tenían parches de dacron en su cara posterior que servían para fijarlos con suturas a la pared torá-

cica. A los pocos años de su introducción se empezó a notar la aparición de una elevada incidencia de contractura capsular periprotésica, que se atribuyó a la forma y al espesor del envoltorio.

Por este motivo, en los años 70 se inició la producción de implantes de forma redonda envueltos con una lámina más fina de silicona y rellenos de gel más fluido, lo cual no eliminó en absoluto el problema de la contractura capsular y evidenció un nuevo problema, la filtración. El envoltorio tan fino permitía la filtración del relleno con la consiguiente deflación de la prótesis³.

La tercera generación de implantes mamarios, desarrollada en los años 80, se caracterizó por un envoltorio externo más resistente y menos permeable. En la cuarta generación aparecían las prótesis con superficie externa rugosa que producía una diferente reestructuración de la cápsula periproté-



Caso 2. Paciente con asimetría mamaria. En la mama derecha se aprecia discreta ptosis y acortamiento de la distancia complejo areola pezón-surco submamario con menor desarrollo del polo inferior comparativamente con la izquierda (**A, C**). Implantes anatómicos de 235 gr. FM. Se aprecia en la vista oblicua la mejoría en la distribución del parénquima en el polo inferior y de la ptosis (**B, D**).

sica, disminuyendo de manera considerable la incidencia de contractura capsular⁴.

Sólo al final de los años 80, con la quinta generación de implantes, se volvieron a introducir los denominados implantes anatómicos. Estas prótesis tienen forma de gota de agua, con mayor relleno en el polo inferior y un polo superior menos definido¹.

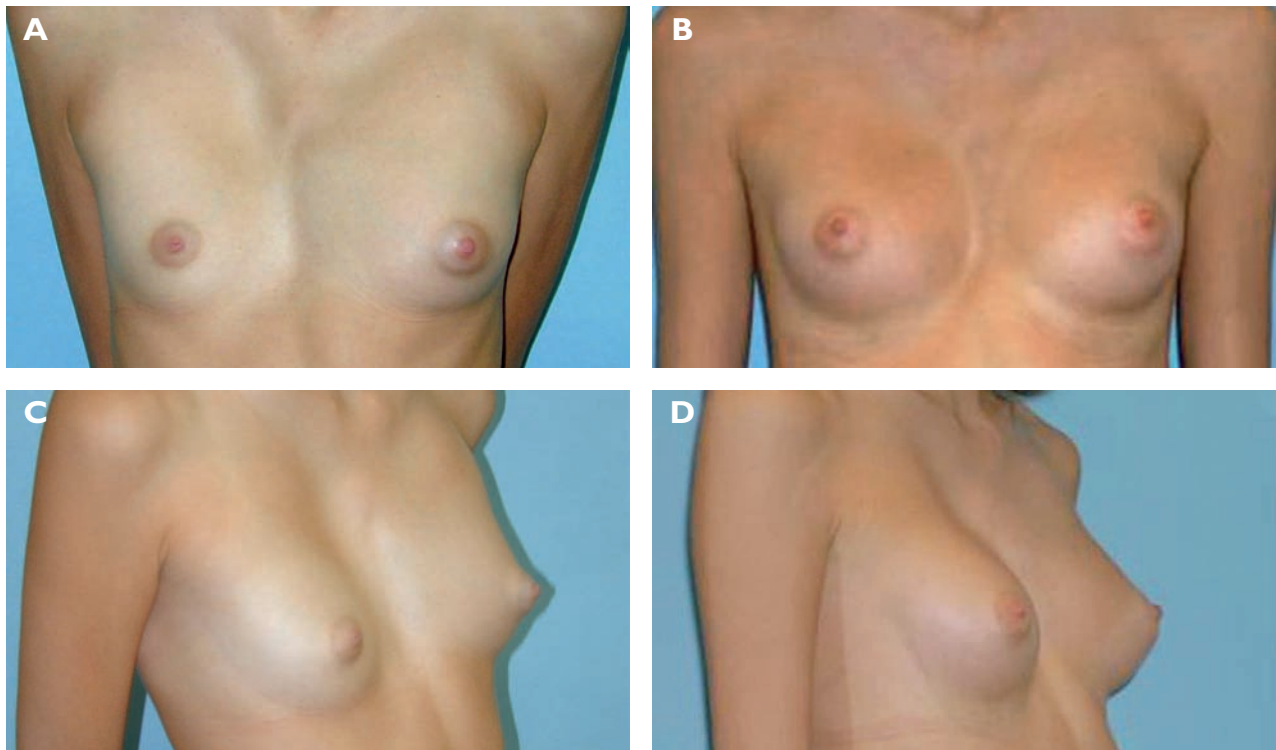
No obstante, tuvieron una acogida fría por la comunidad de cirujanos plásticos, motivados por ciertas consideraciones estéticas relacionadas con la forma del implante, así como por el temor a la posible rotación del mismo, añadido a la falta de experiencia en el manejo de estos implantes^{1,5}.

Nuestro primer implante anatómico fue realizado en el año 1993, en una cirugía realizada conjuntamente con el doctor Tebbets, el diseñador de estos implantes. El resultado fue francamente satisfactorio, lo que nos convenció a continuar empleándolos en determinados casos. Tras quince

años de empleo de los mismos hemos tenido la oportunidad de valorar los resultados y definir las situaciones clínicas en las que desde nuestro punto de vista están más indicados, de acuerdo con nuestra experiencia basada en el seguimiento de muchas de estas pacientes^{1,6}.

INDICACIONES

En caso de aumento mamario con finalidades estéticas la decisión entre implantar unas prótesis anatómicas o unas redondas se basa fundamentalmente en la forma, la dimensión y el contorno de las mamas, es decir en las características anatómicas de la paciente. Consideramos que, al margen de aquellos casos con una hipoplasia del desarrollo sin alteraciones parenquimatosas, en los que pueden utilizarse indistintamente los redondos o anatómicos, en función de las preferencias del cirujano o del paciente fundamentalmente en relación con el



Caso 3. Paciente con asimetría mamaria con hipoplasia severa en la mama derecha y *pectus excavatum* (A, C). Implantes anatómicos de 270 gr: FM en la mama derecha y 155 gr: FM en la mama izquierda para compensar la asimetría que se ha corregido en gran medida (B, D).

volumen deseado y el relieve del polo superior, los implantes anatómicos están especialmente indicados en las situaciones siguientes:

En casos de hipoplasia de desarrollo severa, donde hay que conseguir aparte del volumen una forma más anatómica sin incrementar en exceso la redondez del pecho motivada por unos implantes de excesiva proyección y poca base. Los implantes anatómicos se adaptan más a las dimensiones de cada paciente debido a su mayor versatilidad de base, altura y proyección.

Mamas con escasa proyección del polo inferior o con surco submamario poco definido, en las cuales una prótesis anatómica puede demarcar el polo inferior mamario.

En caso de mamas con un polo inferior corto, con poca distancia del CAP al surco submamario, dado que la prótesis anatómica actúa expandiendo más el polo inferior e incrementando esta distancia.

En caso de mama con ptosis leve, al marcarse menos el polo superior evitando el efecto de “doble burbuja”, por tanto disimulando la ptosis.

En presencia de un polo superior marcado, para equilibrar la proyección de la mama por el mismo motivo de definir menos la porción superior de la mama debido a la forma del implante.

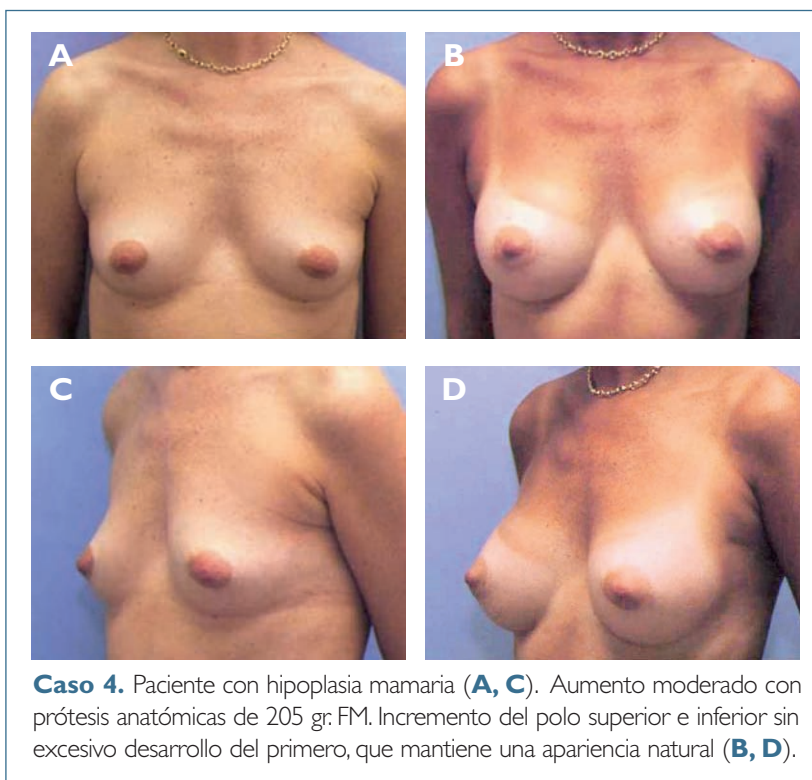
En definitiva, los implantes anatómicos están indicados cuando queremos modificar en cierta medida la forma de la mama además de aumentar el volumen. Con estos implantes se pueden corregir ciertos defectos de distribución del parénquima mamario y aumentar la proyección del polo inferior. Las posibles complicaciones de estos implantes son las mismas de los implantes redondos más la posible rotación de la prótesis en el bolsillo, si bien en nuestra experiencia esto es excepcional en situaciones de aumento estético. Para la colocación de los implantes en general utilizamos las vías de abordajes periareolar o submamaria, creando un bolsillo parcialmente submuscular.

CONCLUSIONES

En la actualidad existe la posibilidad de utilizar implantes de diferentes formas como anatómicos o

redondos y diferentes proyecciones, altura y base, lo cual hace posible elegir la mejor opción de implante para cada paciente, de acuerdo con sus características anatómicas y deseos. Son muchas las pacientes que acuden a consulta con la idea preconcebida de que se le coloquen unos implantes anatómicos por la información recibida a través de amigos, internet, etc., aún cuando no sea ésta la mejor opción para ellas.

Hemos pasado de un etapa de no aceptación de estos implantes a otra en que ocasionalmente hay que dar explicaciones a determinados pacientes para hacerles entender que en su caso son una mejor opción las prótesis redondas, que no hay que olvidar son una excelente indicación para un gran número de pacientes salvo, en nuestra opinión, aquellos casos de mamas con un polo superior relleno, escasa proyección, cortedad del polo inferior o ciertas alteraciones en la distribución del parénquima mamario, así como en el resto de las indicaciones señaladas anteriormente.



Caso 4. Paciente con hipoplasia mamaria (A, C). Aumento moderado con prótesis anatómicas de 205 gr. FM. Incremento del polo superior e inferior sin excesivo desarrollo del primero, que mantiene una apariencia natural (B, D).

En última instancia opinamos que si bien la forma de los implantes puede contribuir en gran medida a un resultado final óptimo, es en definitiva la forma y la distribución del parénquima lo que realmente marca la diferencia de unos pacientes a otros.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mathes et al. Plastic Surgery, Voll. VI . Cap. 118.119. 2008.
2. Niechajev I, Jurell G, Lohjelm L. Prospective study comparing two brands of cohesive gel breast implants with anatomic shape: 5-year follow-up evaluation. *Aesthetic Plast Surg*, 2007; 31(6): 697-710.
3. Fruhstorfer BH, Hodgson EL, Malata CM. Early experience with an anatomical soft cohesive silicone gel prosthesis in cosmetic and reconstructive breast implant surgery. *Ann Plast Surg*, 2004; 53(6): 536-42.
4. Tarpila E, Ghassemifar R, Fagrell D, Berggren A. Capsular contracture with textured versus smooth saline-filled implants for breast augmentation: a prospective clinical study. *Plast Reconstr Surg*, 1997; 99(7): 1934-9.
5. Valenti D, Desouches C, Jauffret JL, Germain F. Anatomic breast implants in aesthetic and reconstructive surgery: report of 135 cases. *Ann Chir Plast Esthet*, 2007; 52(3): 177-86.
6. Tebbetts JB. Breast augmentation with full-height anatomic saline implants: the pros and cons. *Clin Plast Surg*, 2001; 28(3): 567-77.