

Uso de implante en la mamoplastia reductora

(Trabajo premiado como mejor poster VIII Congreso Regional Bolivariano de Cirugía Plástica y 34 Congreso Nacional de Cirugía Plástica, Santa Marta, Colombia, 2013)

OSVALDO SALDANHA, MD, PHD* RACHID GORRON MALOOF, MD*, HUMBERTO URIBE MORELLI, MD*, HUGO AGUILAR V, MD**, ALDER JAMES HENAO BONILLA, MD**, FERNANDO ORTEGA, MD**

Palabras clave: Mamoplastia reductora, implantes, características de la mama, posición implante retroglándular, maniobra de Schwartzmann, resección de polo inferior, aproximación de los pilares.

Key words: Reduction mammoplasty, implants, breast characteristics, implant position, Schwartzman maneuver, lower pole resection, approximation of the pillars.

Resumen

La mamoplastia hoy en día representa una de las cirugías plásticas más realizadas en el mundo. En algunos casos de hipertrofia mamaria se evidencia un importante exceso y flacidez de piel agregado a una disminución de la consistencia mamaria. El resultado estético de la mamoplastia reductora es insatisfactorio en algunas pacientes, reflejado en su retorno precoz, en el que solicitan la colocación de un implante mamario para la complementación del resultado.

La observación de buenos resultados, la satisfacción de las pacientes y la disminución en los casos de retoques en la mamoplastia reductora, sugiere la necesidad de realizar la mamoplastia reductora con colocación de un implante mamario en un mismo tiempo quirúrgico, en casos seleccionados.

Abstract

Mammoplasty today represents one of the most performed plastic surgery procedures worldwide. In some cases of breast hypertrophy is evidenced a significant amount of excess skin, flaccidity and a decrease in breast consistency. The aesthetic result of the reductive mammoplasty is unsatisfactory in some patients reflected in their earlier return requesting the placement of a breast implant.

The observation of good results, patient satisfaction and reduced cases of revisions, suggests the need for reductive mammoplasty with the placement of a breast implant in a single surgical procedure in selected cases.

Introducción

La mamoplastia hoy en día representa una de las cirugías plásticas más realizadas en el mundo. Clásicamente las alteraciones estéticas de la mama se han dividido en hipotrofia, hipertrofia y ptosis. Mamoplastia de aumento o reductora y mastopexia buscan armonizar el tamaño y la proyección adecuada de las mamas para cada paciente. En la última década hemos incluido un cuarto grupo de pacientes quienes además de hipertrofia presentan un importante exceso de piel y flacidez mamaria. En esos casos, el resultado estético de la mamoplastia reductora era insatisfactorio en la mayoría de pacientes. Esta situación se reflejaba en el retorno precoz de esas pacientes, solicitando la colocación de un implante mamario para la complementación del resultado. La observación de buenos resultados, la satisfacción de las pacientes y la disminución de

casos de retoques en la mamoplastia reductora, sugiere la necesidad de realizar la mamoplastia reductora con colocación de un implante mamario en un mismo tiempo quirúrgico, en casos seleccionados.

En general toda mama hipertrófica evoluciona con un grado variable de ptosis mamaria y muchos casos cursan también con flacidez mamaria. En la mamoplastia reductora se retira el exceso de piel y tejido mamario y se reposiciona el tejido mamario residual para obtener una mama de tamaño adecuado, proyectada y sin evidencia de flacidez. El problema incide en la existencia

* Cirujano plástico. Jefe del Servicio de Cirugía Plástica, "Dr. Ewaldo Bolívar de Souza Pinto". Universidad Santa Cecilia -UNISANTA-, Santos, São Paulo, Brasil.

** Residentes V año de Cirugía Plástica. Servicio de Cirugía Plástica, "Dr. Ewaldo Bolívar de Souza Pinto", Universidad Santa Cecilia -UNISANTA-, Santos, São Paulo, Brasil.

de condiciones variables e individuales de cada paciente que afectan los tejidos de la mama favoreciendo el breve retorno de la flacidez mamaria.

Historia

A lo largo de la historia de la mamoplastia reductora, la preocupación por la apariencia estética siempre ha sido una constante. En 1930, Schwartzmann propone la preservación de la dermis periareolar para mantener la vascularización del complejo areola pezón (CAP), permitiendo la disminución de las disecciones e iniciando una fase de menor morbilidad quirúrgica¹⁻⁷. En 1961 Pitanguy propone, teniendo en cuenta la preservación de la circulación del CAP, la resección dermo adiposa glandular infra areolar en forma de quilla, con amplia popularidad debido a la reproductividad de la técnica y a su amplia indicación para el tratamiento de grados variables de ptosis e hipertrofia mamaria.³ En las décadas siguientes, el refinamiento de la técnica y el surgimiento de nuevas tácticas permitieron la aparición de un gran número de técnicas^{4,6,8-13}.

La historia de los implantes mamarios tiene su inicio en 1895, cuando Czerny con la idea de reparar una mama posfibroadenectomía, intenta devolver el volumen utilizando un lipoma. En 1900 Gersuny introdujo las inyecciones de parafina; posteriormente las abandonó por causa de la migración, granulomas e infecciones frecuentes. Después de la segunda guerra mundial en Japón el uso de silicona líquida se originó como una práctica ilícita entre las prostitutas, sin embargo la ilegalidad, el uso inadecuado y la migración de la sustancia declinaron esta tendencia. Entre los años cuarenta y principios de los sesenta, esponjas sintéticas a partir de una variedad de polímeros sintéticos fueron probados pero presentaron numerosos problemas, por lo que cayó en desuso¹⁴.

Con la introducción del implante de silicona gel por Cronin y Gerow, en 1963, la corrección de la hipoplastia mamaria ganó popularidad. En un comienzo había un porcentaje alto de infección, asimetría y principalmente contractura capsular precoz. En 1970, Ashley introdujo un nuevo tipo de implante revestido de una fina capa de poliuretano, demostrando disminución de las complicaciones, especialmente las contracturas. En la década de los ochenta, se inició la producción del implante texturizado, confirmando una menor reacción de los tejidos a los implantes modernos, reduciéndose definitivamente las complicaciones y llevando el problema de la contractura capsular para una incidencia aceptable.

En 1992, la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos restringió el uso de implantes de silicona. Una década más tarde, científicos del National Cancer Institute concluyeron que no se modificaba el riesgo de cáncer de mama en las mujeres que recibieron implantes de silicona.

En la evolución de la mamoplastia, la utilización de los implantes mamarios en general ha sido indicada para aumentar el tamaño de la mama, bien sea para devolver un volumen que el paciente ha perdido (posmastectomía) o para dar un volumen deseado (hipomastia). Sin embargo, ya en los años sesenta, aparecieron trabajos para el tratamiento de la ptosis mamaria con la utilización de implantes en el mismo tiempo quirúrgico.

Material y métodos

Selección de pacientes y volumen del implante

La evaluación física es determinante para realizar un planeamiento quirúrgico adecuado. En especial se debe analizar el tipo de piel (flacidez y presentación de estrías), el contenido mamario, así como simetría mamaria, grado de ptosis, forma del tórax, cantidad de tejido glandular y su liposustitución. Tales características sufren influencia genética, sin embargo pueden también variar con la edad, gestaciones y alteraciones constantes de peso. Las pacientes sometidas a cirugía bariátrica y con gran pérdida ponderal, constituyen un importante grupo que puede beneficiarse de esta técnica (figuras 1, 2 y 3).



Figura 1. Evaluación física de las características de la mama.



Figura 2. Evaluación física de las características de la mama.



Figura 3. Evaluación física de las características de la mama.

La mamoplastia reductora con inclusión de implante tiene indicación en pacientes con pequeña, moderada o gran hipertrofia mamaria y con moderada o gran flacidez de piel⁸.

El objetivo del uso de implante no es aumentar la mama, por tanto, el tamaño de este implante debe variar entre 135 a 215 cc, pudiéndose utilizar otra numeración diversa de esas. Entre los años 1996 y 2010, 131 pacientes fueron sometidas a la técnica de reducción mamaria con colocación inmediata de implante mamario. La edad osciló entre los 18 y 62 años, con media de 35 años. Fueron excluidas las pacientes que rechazaron la utilización del implante de silicona. Los implantes utilizados variaron

de 155 a 215 cc, teniendo como media el de 175 cc, todos con cobertura de poliuretano y colocados en posición retroglándular⁵ (figura 4).

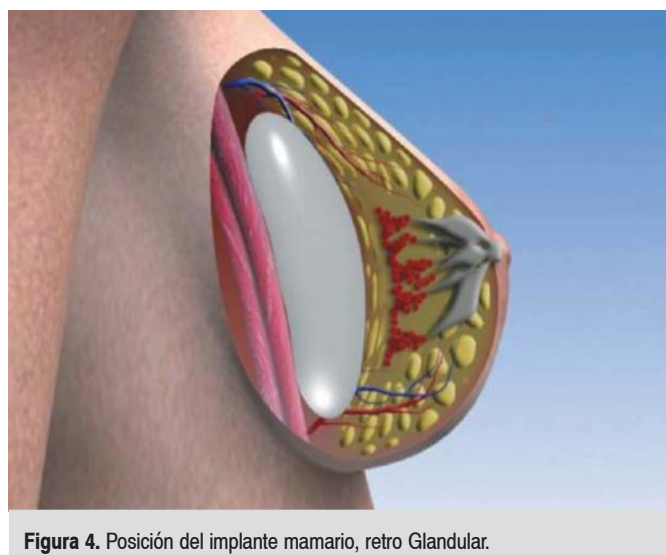


Figura 4. Posición del implante mamario, retro Glandular.

Técnica quirúrgica

Marcación

La reducción mamaria tiene como base la asociación de las técnicas de Pitanguy y Strombeck.^{3,6} Con la paciente de pie, se traza una línea desde el punto medio clavicular que se dirige hacia la areola, dividiendo la mama en dos mitades. Generalmente esa línea cruza el CAP; sin embargo, cuando hay una lateralización del mismo, se debe procurar dentro de lo posible, un reposicionamiento simétrico. Luego, se marca el surco infra mamario y el punto A, que corresponde a la proyección del surco mamario en el polo superior de la mama. Este punto debe distar de 18 a 21 cm del centro del manubrio esternal. Los puntos B y C son determinados por pinzamiento digital y marcados a cerca de 4,5 - 5 cm del punto A. la distancia B-C varía entre 2 a 6 cm, dependiendo de cuánto se desea reseca y del tipo de piel y contenido mamarios que pueden dificultar el cierre de la sutura vertical. Ya con la paciente en decúbito dorsal sobre la mesa quirúrgica, se hace un nuevo pinzamiento digital y se marcan los puntos D y E, que se deben situar de 5,5 a 6 cm debajo de los puntos B y C, respectivamente. La distancia D-E puede ser semejante a B-C, mayor o igual a cero, si la cicatriz resultante fuera vertical, dependiendo de cada caso.

En los casos de reducción moderada o grande, dos líneas son trazadas, medial y lateralmente uniendo los puntos D y E

al surco infra mamario, resultando una “T” invertida.^{3,11,15-17} (figuras 5 y 6).



Figura 5. Marcación preoperatoria acostada.

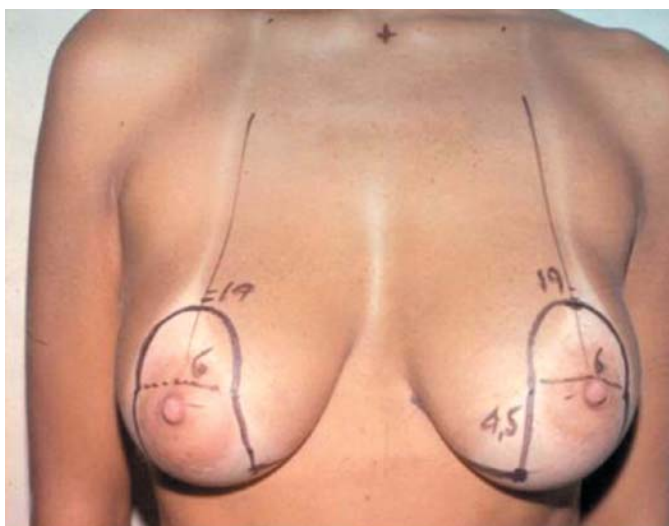


Figura 6. Marcación preoperatoria hipertrofia moderada.

Durante la marcación se debe tener en mente el volumen mamario final deseado, considerándose el implante mamario para evitar la remoción excesiva de piel. La marcación es transferida a la mama contralateral. En los casos de asimetría mamaria, debe iniciarse por la mama de menor tamaño y se reseca más de la mama mayor para que se coloquen implantes con el mismo volumen. Esta táctica proporciona mejor simetría posoperatoria^{8,18}.

Cirugía

Una vez realizada la maniobra de Schwartzmann y la incisión en las líneas premarcadas, se realiza la incisión en el surco infra mamario disecándose en plano retro glandular (figura 7). Se reseca el polo inferior de la mama y una porción en forma de quilla en la región retro areolar (figura 8). En ese momento se hace la resección complementaria, correspondiendo al volumen del implante que será colocado⁸.

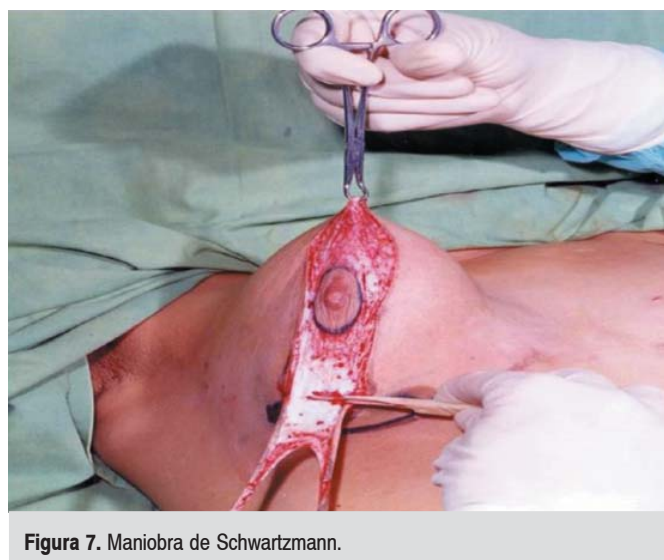


Figura 7. Maniobra de Schwartzmann.



Figura 8. Resección del polo inferior de la mama.

El montaje de la mama comienza con la aproximación de los pilares mamarios laterales remanecientes con nylon 3-0

(figura 9) y el reposicionamiento de la areola en la posición previamente marcada. Se efectúa la inclusión del implante de silicona, perfil alto, con revestimiento de poliuretano (figura 10). El revestimiento de poliuretano presenta una pequeña tasa de contractura capsular y se adhiere mejor a los tejidos circundantes, permitiendo mayor sustentación de la mama y resultados tardíos satisfactorios y duraderos⁸.

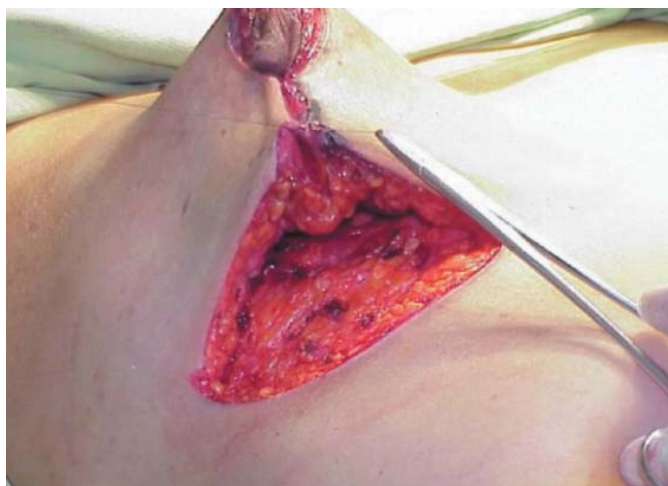


Figura 9. Aproximación de los pilares mamarios laterales con nylon 3-0, alto, con revestimiento de poliuretano.



Figura 10. Inclusión del implante de silicona. Perfil.

Con el implante posicionado, se resecan los posibles excesos de piel y se sutura la incisión en dos planos, siendo el sub

dérmico hecho con Monocril 4-0 y la piel con puntos separados de nylon 5-0. El uso de drenaje de aspiración continua es mandatorio, permaneciendo de uno a dos días⁸ (figura 11).



Figura 11. Aspecto final.

Cuidados posoperatorios

Es muy importante el uso de modelador tipo sostén posquirúrgico por un lapso de 30 días. La primera curación se realiza el primer día de posoperatorio, evaluándose el retiro del dren. Los puntos de piel son removidos entre 7 y 10 días posteriores a la cirugía. Se recomienda el uso de Micropore sobre la cicatriz aproximadamente durante 60 días con el objetivo de evitar el ensanchamiento o hipertrofia de la misma.

Resultados

Un buen resultado estético en una mamoplastia reductora, se logra cuando se ha obtenido una mama de forma, consistencia y proyección apropiadas, y una cobertura adecuada de la piel con un CAP en el ápice de la proyección mamaria.

Partiendo de una buena selección de pacientes y una correcta indicación quirúrgica, los resultados son buenos con altos índices de satisfacción tanto para el paciente y como para el cirujano.

La sustitución del parénquima mamario por implante de silicona permite dar a las mamas una consistencia más firme;

con forma y volumen más adecuados a los deseos de las pacientes y del cirujano.

Los resultados son duraderos, pues los efectos de la lipo sustitución glandular a lo largo del tiempo son disminuidos debido a la presencia del implante mamario.

La asociación de estos procedimientos proporciona un resultado tardío más satisfactorio por la sumatoria de factores positivos de cada una de las técnicas por si solas. (figuras 12, 13, 14 y 15)

Discusión

Gracias a los avances tecnológicos de los últimos años, en la fabricación de implantes mamarios, la reacción de los tejidos disminuyó enormemente, reduciendo así las complicaciones, especialmente las relacionadas con la contractura capsular. Esto proporcionó una mayor confiabilidad de los productos, haciendo que en la última década se presentara un gran aumento en el interés por la mamoplastia de aumento, llegando incluso a igualarse con la lipoaspiración. Muy probablemente en los próximos años, la sobreparará.

La confianza que se ha generado tanto en los médicos como en los pacientes, nos permite tener mayor seguridad en la indicación del implante. Estos hechos, aislados o asociados, refuerzan la alternativa del uso de implantes en la cirugía de reducción mamaria, cuando hay flacidez de piel, pérdida de volumen y disminución de la consistencia mamaria.

Es de igual importante considerar el deseo de la paciente, pues su satisfacción podría estar muy influenciada por la presencia de un implante mamario. Sin embargo, se debe cuestionar a la paciente sobre sus deseos y expectativas, además de informarle de forma clara y objetiva todo lo relacionado con las ventajas y desventajas del uso de silicona. El resultado no debe ser supervalorizado pues hay limitaciones en los resultados, inclusive la ptose del polo inferior. Sin embargo, se tiene que resaltar la mantención del polo superior, volumen y firmeza mamarios.

Comentarios

La aparente paradoja de hacer uso del implante mamario de silicona en el mismo tiempo quirúrgico de una mamoplastia reductora debe ser entendido como una sumatoria de los

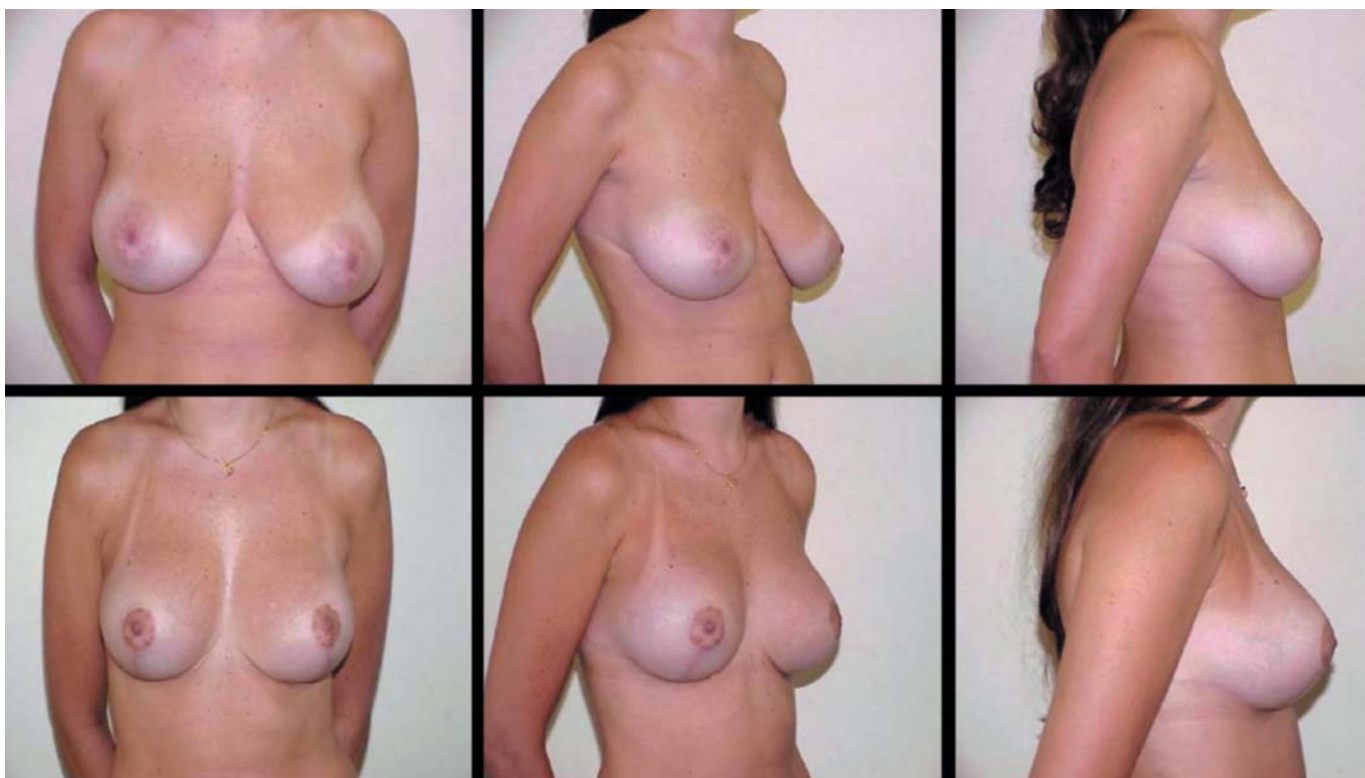


Figura 12. Caso clínico.

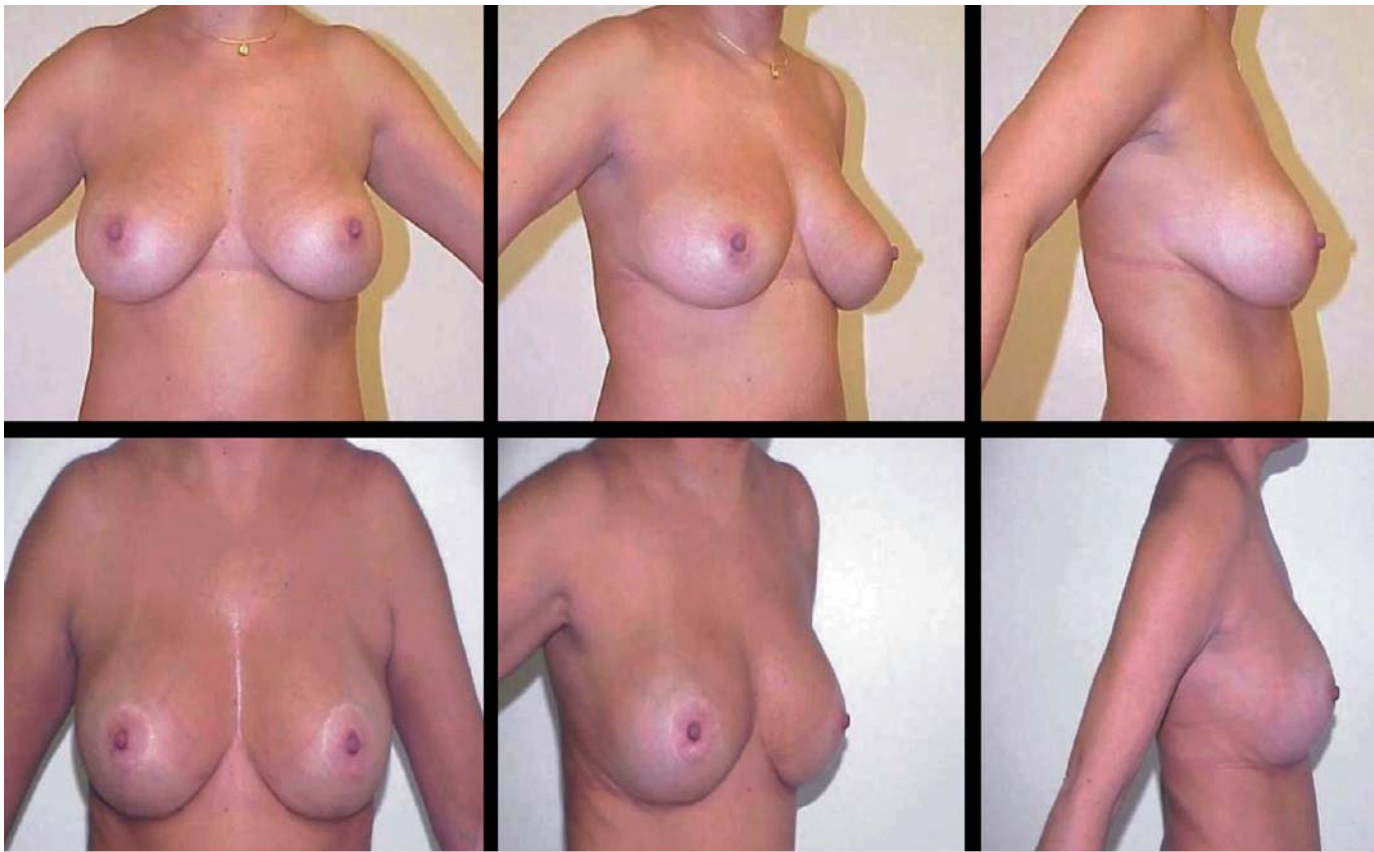


Figura 13. Caso clínico.

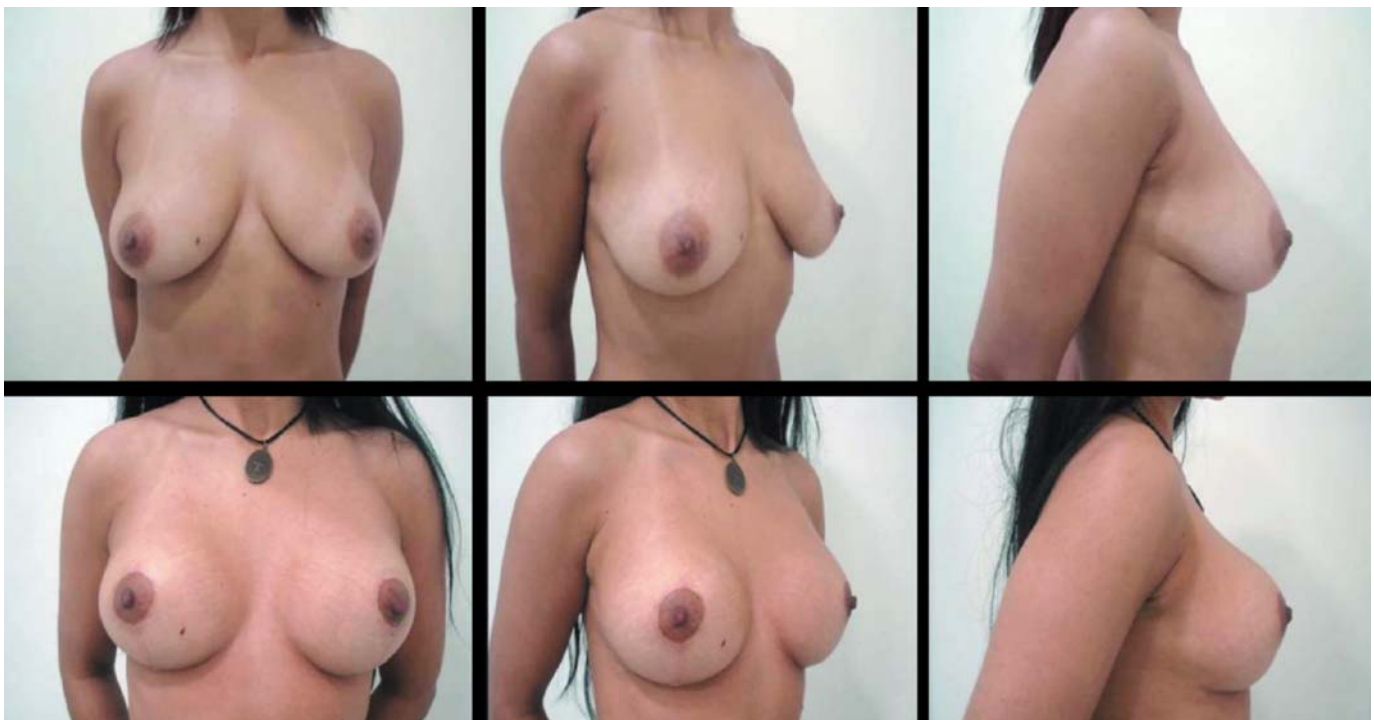


Figura 14. Caso clínico.



Figura 15. Caso clínico.

factores positivos en cada técnica. Los últimos trabajos niegan la existencia de mayor riesgo de tener cáncer de mama en relación con toda la población y también algunos artículos hablan del efecto protector del mismo¹⁸.

Teniendo en cuenta la técnica propuesta, es lógico pensar que una disminución del tejido mamario (por resección) potencialmente capaz de desarrollar un cáncer, y algún grado de atrofia del tejido mamario que teóricamente podría ocurrir en presencia de un implante, disminuiría el riesgo de

malignidad por el simple hecho de disminuir un tejido potencialmente canceroso.

El éxito del uso de estos procedimientos en un mismo tiempo quirúrgico depende de la percepción de observar los movimientos evolutivos que nos rodean. Hay necesidad de aceptar las innovaciones que están a nuestra disposición, sin preconcepciones. Acreditamos que este procedimiento deba sufrir nuevas contribuciones a futuro para buscar resultados cada vez mejores, optimizando con eso la satisfacción de nuestras pacientes.

Referencias

1. Melega, J. M. Cirugía Estética, Cirugía Plástica- Fundamentos e arte. 2003; pp. 435-545.
2. Schartzmann, E. Die 13echnic der Mammoplastik. Der Chirurg 1930;2:932.
3. Pitanguy, I. Um nouvelle technique de plastic mammaire: étude de 245 cas consecutifs et pré sentation dune technique personnelle. Ann Chir Plast 1976;7:199.
4. Lejour, M. Vertical Mamoplasty and Liposuction. St. Louis Missouri, 1994.
5. Arie, G. Nova técnica em mamoplastia. Latinoam. Cir Plas 1957;3:28.
6. Pitanguy, I. Hipertrofias mamarias, estúdio critico da técnica pessoal. Bas Cir 1966;56:263.
7. Gersunny, H. Apud Converse, J. M. Reconst plast Surgery Philadelphia and London: W. B. Saunders co., 1964.
8. Saldanha, O.R. Uso de prótese em mamoplastia reductora, arquivos catarinenses de medicina. Suplemento 01. 2000;29:261.
9. Baroudi, R.; Lewis, J. R. JR. The augmentation-reduction mammoplasty. Cli Past Surg 1976;3:30-308.
10. Shestak, K.C., Gannot, M.A., Harris, K.M., Losken, H.W. Breast masses in the argumentation mammoplasty patient: the rule of ultrasound. Plast Reconst Sugery 1993;92:209-15.
11. Pinto, EBS. Breast reduction: Shortening Scars. Aest Plast Surg 1996;20:481-488.
12. Peixoto, C. Reduction, Mammoplasty: A personal Tecnic. Plast Recons Surg 1980;65:21.
13. Bozola A. R. Mamoplastias de reducción, variaciones de técnica. Coiffman, Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética. 3 ed. 2008; 4(53):2941.
14. Pelosi M.A. Breast Augmentation. Obstet Gynecol Clin N Am 2010;37:533-546.
15. Strombeck. J. O.: Reduction Mammoplasty. In Grabb, W. C. and Smith, J. W. (eds.). Plastic Surgery. Boston, Little, Brown and Company 1968.
16. Skoog, T. Plastic Surgery. W. Saunders, Philadelphia, 1974.
17. Toreck, M. Plast Reconstructive Oof the female breast and the abdomen. Am. J. of Surgery 1936;43:268.
18. Coiffman. Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética. 3 ed. Tomo 4. 2008;310:2996-3005.
19. Metcalfe KA, Semple JL, Narod SA, Satisfaction with Breast Reconstruction In Women with Bilateral Prophylactic Mastectomy: A Descriptive Study. Plast Reconstr Surg 2004;114(2):360-6.
20. Spear S.L; Mesbahi A.N. Implant-Based Reconstruction. Clin Plastic Surg 2007;34:63-73.

Datos de contacto del autor

Alder James Henao Bonilla, MD
Correo electrónico: alderhenao@gmail.com