

Aumento mamario descenso asimétrico del surco submamario

Julio Millán Mateo. MD
María del Mar Vaquero Pérez. MD

Introducción

La mamoplastia de aumento con implantes es en la actualidad la cirugía estética más solicitada por las mujeres que acuden a consulta.

Como cirujanos sabemos que cuanto más practicada es una intervención quirúrgica, más son las técnicas y métodos publicados para llevarla a cabo, y como no podía ser una excepción, esto también es aplicable a la cirugía de aumento mamario. Hoy en día disponemos en este campo de numerosas descripciones técnicas, modificaciones a las mismas, medidas, vías de abordaje, planos de colocación de los implantes y formas de interpretar los resultados conseguidos.

Los médicos estamos obligados a estar al día en conocimientos y evolución de técnicas y materiales, y como profesionales de la cirugía a elegir entre todas ellas la que consideremos mejor para obtener el resultado más satisfactorio posible y preservar la salud de nuestras pacientes. *Primum non nocere*, decían los clásicos.

Así, tenemos en nuestras manos la posibilidad de conjugar dos de las máximas expectativas posibles a la hora de manejar tejidos y formas corporales: modificar y embellecer mediante cirugía plástica. Pero además, como científicos, debemos esmerarnos para ejecutar estas técnicas de acuerdo con la *lege artis*, a familiarizarnos con ellas para realizarlas con comodidad y seguridad, a adaptarlas a nuestros criterios y

necesidades, a perfeccionarlas para optimizar resultados y dar a conocer a la comunidad científica nuestra experiencia, complicaciones y mejoras. En resumen, a participar a nuestros colegas todo lo que pueda ayudarles a mejorar la calidad de sus resultados y el cuidado de sus pacientes.

Nuestra experiencia de más de veinte años en cirugía de aumento mamario ha cubierto todas estas etapas, seleccionando, adaptando y perfeccionando para “nuestras manos” tanto la elección y el manejo de los implantes como la vía de abordaje, el plano de colocación, los cuidados postoperatorios y el seguimiento a largo plazo. Este esfuerzo continuo nos ha permitido sentir seguridad técnica y obtener resultados previsibles y satisfactorios.

Siempre conscientes de la importancia del aprendizaje común, hemos participado nuestra experiencia en congresos y reuniones científicas nacionales e internacionales, y en 1998 decidimos publicar la parte que consideramos clave en nuestra técnica quirúrgica de mamoplastia de aumento: el manejo y la nueva posición del surco submamario. Pensamos que podía suponer una aportación para otros colegas que juzgarían, aplicarían o incluso desarrollarían después nuestra idea si les resultaba de utilidad. Con el tiempo, nos sentimos satisfechos de comprobar que aquel primer artículo fue seguido de varias publicaciones más y de múltiples presentaciones en cursos y congresos a lo largo de estos últimos once años por solicitud de colegas que querían comprender con más detalle

nuestro planteamiento quirúrgico para aplicarlo en sus pacientes. Por supuesto, creemos que este proyecto inicial culminó cuando leímos después otros trabajos que citaron y adaptaron nuestra técnica.

Participar en este libro nos brinda una oportunidad más de unir nuestro conocimiento al de reconocidos colegas y damos, desde estas líneas, las gracias a los editores y promotores de la idea por permitirnos colaborar en el proyecto.

Desarrollo y aplicación de una idea

Aunque a lo largo del tiempo hemos visto la influencia de la moda sobre la imagen del pecho femenino y su simbología, hay conceptos inamovibles a la hora de definir los parámetros que hacen que un pecho pueda considerarse bello. Definimos el pecho “estéticamente perfecto” como aquel no ptósico, que no necesita ninguna técnica quirúrgica estética, excepto el aumento de volumen, para realzarlo. Además, está proporcionado en forma y tamaño con el resto del cuerpo, con forma que va de cónica a forma de lágrima, lleno y redondeado independientemente de su tamaño, con la mayor parte de su volumen en la porción más inferior del mismo y el complejo pezón-areola (CPA) en su posición más anterior.

Siempre debemos tener en mente este concepto de “mama ideal” cuando nos enfrentamos a una cirugía mamaria en cualquiera de sus modalidades, puesto que tanto en aumento, como en rejuvenecimiento, reducción o reconstrucción mamaria, difícilmente podremos obtener un buen resultado final si no partimos de una idea anatómica bella y natural que sea el objetivo a reproducir. Solo así evitaremos crear mamas artificiales que claramente se ve que han sido operadas.

Cuando pretendemos crear unas mamas estéticamente proporcionadas y bellas utilizando implantes para aumentar su volumen o en cirugía reconstructiva, el objetivo será obtener unas mamas blandas, bien posicionadas en el tórax, simétricas, móviles, que respondan sin deformarse a los cambios posturales y proporcionadas con el resto del cuerpo; por supuesto, respetando y reproduciendo las características definidas para el pecho perfecto.

En nuestra búsqueda de esa perfección estética hicimos una profunda revisión de la literatura al respecto

de la morfología mamaria en el terreno de la cirugía plástica, fundamentalmente de los estudios publicados por Smith en 1986, Penn en 1995 y Westreich en 1997, para, partiendo de las medidas antropométricas hechas por estos autores sobre mamas estéticamente ideales no operadas, determinar los parámetros que nos ayudaran a reproducir el concepto de mama ideal cuando realizamos una mamoplastia de aumento con implantes. Lo analizado nos hizo perfeccionar nuestros resultados desde el punto de vista estético, al tiempo que la evolución en los materiales protésicos y en el manejo intra y postoperatorio de los mismos, nos hizo mejorar la apariencia de naturalidad. Pudimos establecer parámetros reproducibles y resultados previsibles, sea cual sea la técnica quirúrgica elegida, la vía de acceso, el tipo de implante o el plano de colocación del mismo.

Vimos también que la bibliografía respecto a técnica quirúrgica, prolífica en cuanto a descripción de vías, planos, casuísticas y resultados según tipo de implantes, complicaciones postoperatorias a corto y largo plazos, etcétera, era sin embargo escasa en descripción detallada de algo que para nosotros era clave en la reproducción de los parámetros antropométricos y antropomórficos de la mama estéticamente bella, como es la situación del nuevo surco submamario y la correcta posición y orientación del complejo pezón-areola tras colocar el implante, conceptos que invariablemente se modifican al aumentar el volumen mamario mediante cirugía con prótesis. Decidimos, por tanto, dar forma a nuestra experiencia en un protocolo lo más simple posible, para establecer parámetros y medidas fácilmente reproducibles que permitan lograr la correcta localización y forma del nuevo surco submamario en mamoplastia de aumento, con pautas fácilmente comprensibles para su correcto descenso en función del volumen del implante elegido y de las características particulares de cada paciente, sobre todo respetando las proporciones anatómico-estéticas definidas para la mama ideal.

Nació así el concepto de descenso asimétrico del surco submamario en mamoplastia de aumento, definido con base en nuestra práctica habitual para el empleo de prótesis de gel de silicona redondas, con vía de acceso periareolar inferior, en plano subglandular o submuscular, pero perfectamente extrapolable al empleo de cualquier otro tipo de implantes y técnicas quirúrgicas.

Para su comprensión, centraremos el desarrollo de este capítulo en la descripción de los conceptos anatómico-estéticos de la mama ideal, las medidas antropométricas a tener en cuenta para reproducir este concepto al realizar una mamoplastia de aumento con implantes y la técnica quirúrgica para conseguir los resultados esperados.

Consideraciones anatómico-estéticas

No entraremos en descripciones anatómicas minuciosas que componen otros capítulos de este libro, pero sí nos detendremos en aquellos conceptos que creemos importantes para lograr un resultado estéticamente bello y natural en mamoplastia de aumento con implantes, partiendo del concepto que hemos fijado como ideal.

En la visión frontal, el complejo pezón-areola es el punto focal de la mama hacia el que confluyen todas las líneas del contorno mamario. Según Maliniac, debe estar situado en el meridiano de la mitad de la mama a la altura del punto medio humeral (desde olécranon a acromion). Si trazamos una línea transversa que cruzando sobre el pezón defina dos hemisferios en la mama, dos tercios del volumen total de la misma deben quedar por debajo de esa línea y solo un tercio por encima de ella.

En la visión de perfil, vemos una discreta línea cóncava que desciende hasta la proyección del pezón y desde aquí se transforma en una línea convexa que llega hasta el pliegue submamario. En la visión oblicua, la línea mamaria desciende desde la clavícula marcando el pliegue axilar anterior, con una imagen más llena en la parte lateral e inferior.

Es importante analizar también las líneas y referencias de la mama durante el movimiento. Cuando la mujer está de pie y levanta los brazos, el hemisferio mamario superior se hace menos evidente a la vez que protruye más la porción inferior. En decúbito supino o lateral el pecho debe moverse libremente, cayendo de forma suave hacia los lados según su volumen.

En 1939 Gilles y McIndoe definieron las medidas del triángulo estético universal de la mama; tiene su vértice superior en la parte medial más alta del manubrio esternal y los inferiores en ambos pezones; establece

así una base de entre 21-23 cm y unos lados de 19-21 cm, marcando la posición sobre el tórax de la mama estéticamente ideal. En los estudios de Penn, Smith y Westreich, el volumen medio de esta mama es de 282 cc, para el cual la distancia del CPA al surco inframamario oscila entre 6.74 y 6.95 cm, mientras que la longitud media del surco es de 16.86 cm, teniendo en cuenta además que ese surco, al estar la mama más llena en su porción inferior y externa, se abre siguiendo el contorno natural del polo inferior mamario en su mitad más externa, hacia la axila.

También es importante tener en cuenta que la caja torácica no es plana, sino convexa en su visión tridimensional, por lo que el surco submamario, siguiendo su línea circunferencial en torno al polo inferior de la mama, se adapta a la convexidad del tórax y se va abriendo, descendiendo de forma natural desde su punto medio a medida que se dirige hacia el borde axilar anterior.

Si aplicamos estas medidas y observaciones sobre un pecho susceptible de mamoplastia de aumento, la distancia entre el CPA y el surco inframamario es invariablemente corta, o lo que es lo mismo, el surco submamario suele estar más alto respecto al CPA, mientras que la distancia entre el punto medio esternal y el pezón (o su trasposición a la distancia entre el punto medio clavicular y el pezón) se suele mantener normal, entre los 19-21 cm descritos por Maliniac. Con base en esta realidad anatómica es fácil entender que, si queremos aumentar el volumen mamario tendremos que incrementar la distancia entre el CPA y el borde submamario, es decir, descender ese surco sobre el plano torácico, para así poder emplazar la mayor parte del volumen del implante en el polo inferior de la mama y respetar las proporciones estéticas descritas. Por supuesto, siguiendo la observación de la convexidad natural de la caja torácica y del descenso y apertura naturales del surco submamario hacia la axila, éste deberá ser reproducido en la nueva mama con iguales parámetros (**Fig. 10.1-10.3**). Si no respetamos estos conceptos, el implante quedará alto, la mama tendrá la mayor parte de su volumen en el tercio superior y esto hará que el CPA se desplace y apunte hacia abajo. Es decir, tendremos mayor volumen pero la mama resultante no se adaptará a las proporciones estéticas que queremos reproducir. Su resultado no será natural ni reproducirá el concepto de mama idealmente bella.

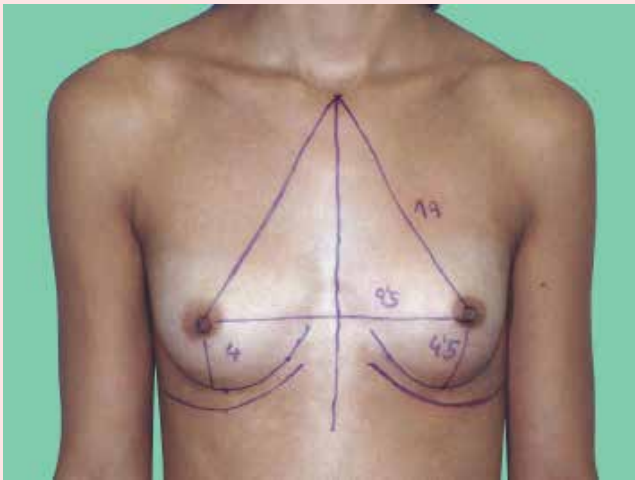
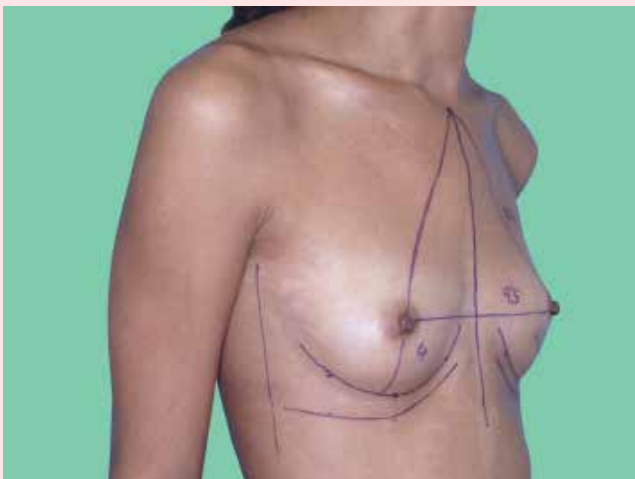
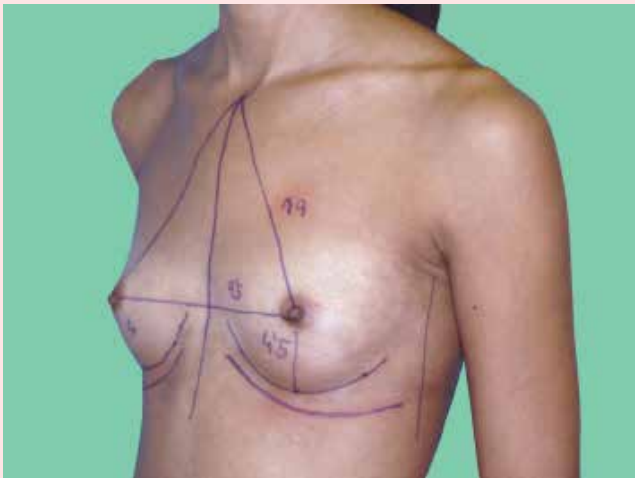


Fig. 10.1. Triángulo de Maliniac marcado sobre mamas hipogénicas susceptibles de aumento mamario con implantes. Visión frontal. Nótese que la distancia del punto supraesternal al CPA está dentro de los límites normales, mientras que la distancia del CPA al surco submamario es corta. Marcaje del descenso previsto del surco submamario.



Figs. 10.2 y 10.3. Vista oblicua izquierda y derecha del mismo marcaje. Vemos como el descenso previsto del surco submamario sigue la convexidad de la caja torácica en la parte más externa hacia la línea paraaxilar.

En cuanto al aspecto puramente anatómico, mencionaremos como recordatorio al diseccionar el plano elegido para colocar los implantes, que solo 75% de la mama se extiende sobre el músculo pectoral mayor, principalmente sus porciones superior y media, mientras que la parte lateral cubre la tercera y cuarta digitaciones del músculo serrato anterior, para llegar en la línea axilar media hasta el extremo lateral del músculo dorsal ancho; la porción inferior cubre al músculo serrato anterior, al oblicuo externo y la parte más superior del recto abdominal. Tendremos en cuenta todo esto al elegir el plano submuscular, si queremos lograr que todo el implante quede cubierto por músculo en el polo inferior mamario, tras descender el surco submamario en función de la necesidad, de acuerdo con las medidas determinadas en la paciente y con el volumen del implante seleccionado.

Marcaje preoperatorio

Damos por sentado que partimos de la conversación previa y exploración en consulta de la paciente candidata a mamoplastia de aumento con implantes; igualmente habremos realizado estudio, medida y fotografías de su anatomía y perímetro torácico, forma y volumen de las mamas, y conoceremos sus deseos en cuanto al volumen mamario a conseguir, tras lo cual hemos optado por los implantes que creemos más adecuados a su morfología y expectativas y hemos realizado anamnesis y estudios preoperatorios según la correcta práctica clínica en este tipo de casos.

Con la paciente en ortostatismo y posición anatómica frontal, localizamos y marcamos un primer punto (M) en el sitio medial del borde superior del manubrio esternal y desde él, midiendo 5 cm sobre la clavícula, marcamos un punto C (punto clavicular). Trazamos una línea que descendiendo desde el punto C llega hasta el CPA y medimos esa distancia; marcamos el surco submamario existente, unimos con una línea vertical el borde inferior de la areola y el punto medio de este surco y medimos igualmente esa distancia (Fig. 10.4).

Al partir, de la evidencia estadística de una relación directamente proporcional entre el volumen de la mama y la distancia entre el CPA y el surco submamario, es lógico predecir que si vamos a aumentar el volumen de la mama, debemos prestar especial

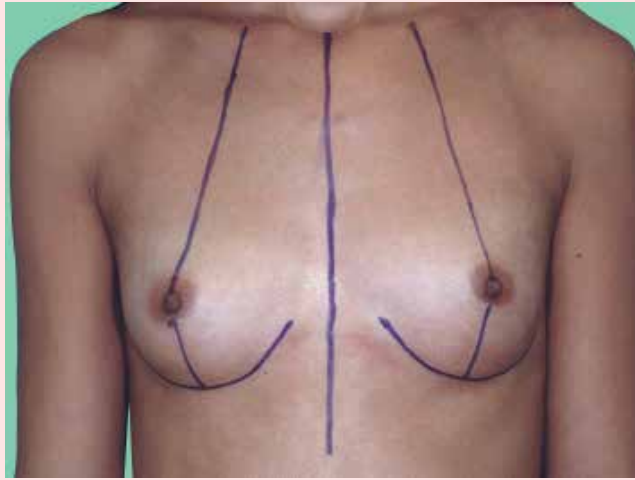
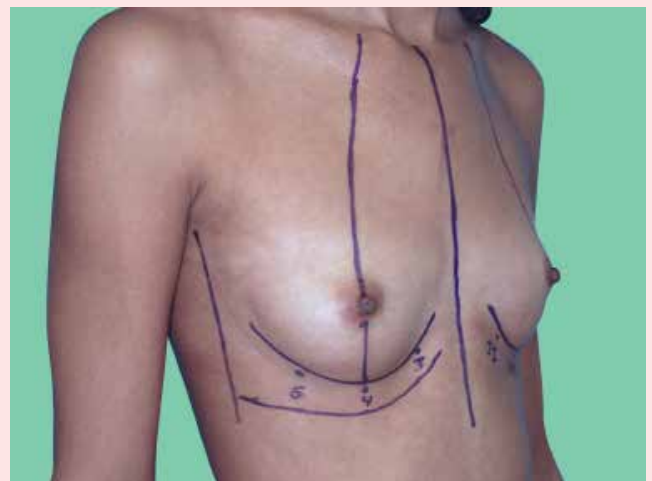
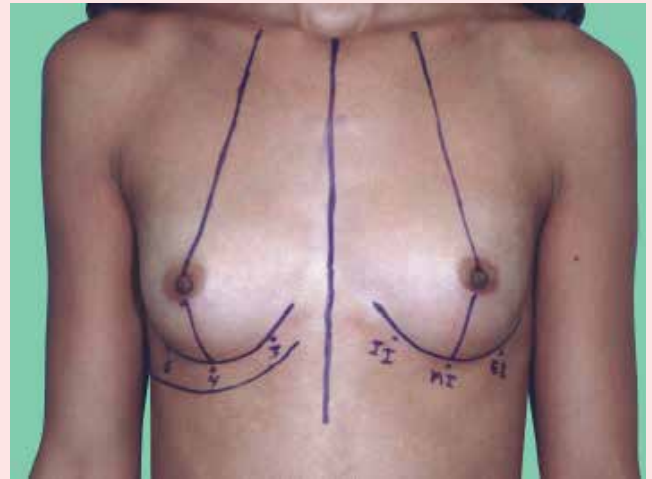


Fig. 10.4. Marcaje preoperatorio: punto C (medio clavicular), surco submamario, distancia entre punto C y CPA, y distancia entre CPA y surco submamario.

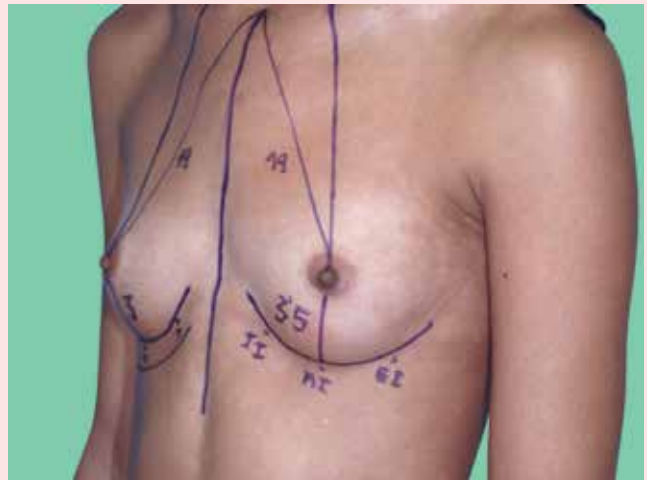
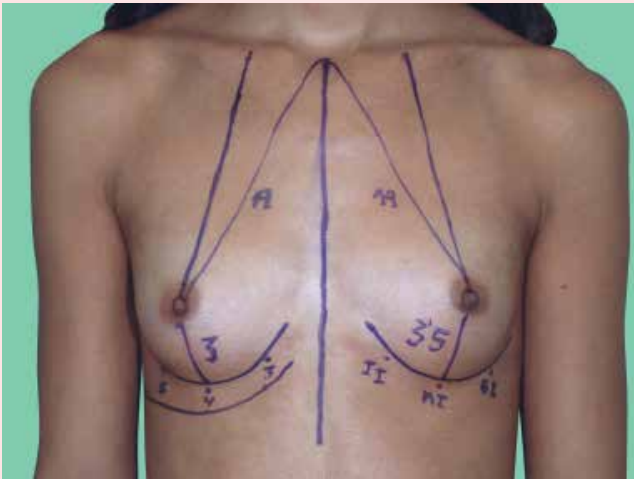
atención al correcto posicionamiento del nuevo surco submamario y prever y marcar preoperatoriamente el descenso que debe experimentar si queremos conservar las proporciones estéticas. No hay que olvidar también que cuanto mayor es el implante elegido, no solo aumenta su proyección, sino también su diámetro, tanto si hablamos de implantes redondos como anatómicos.

Si en una mama ideal la distancia entre CPA y surco submamario está entre 6.74 y 6.95 cm para un volumen mamario de 282 cc, asumimos que al incrementar el volumen de la mama con el implante previsto, esa distancia deberá alcanzar al menos esas medidas ideales o, si como suele ser frecuente en nuestra práctica, estamos colocando implantes de entre 250-275-300 cc, incrementarse hasta los 7, 7.5 cm en función del volumen implantado. Para orientar el trazado del nuevo surco tenemos en cuenta que la longitud media del surco submamario en las mamas estéticamente ideales es de 16.86 cm; marcamos sobre el surco existente el punto M-I a una distancia constante de 8 cm de la línea medio esternal (aproximadamente el punto medio del surco submamario) y, siguiendo la forma semiesférica del mismo, marcamos otros dos puntos a 4 cm del anterior, uno hacia la línea medioesternal o interna, punto I-I, y otro hacia la línea paraaxilar o externa, punto E-I. Con estos tres puntos prevemos el descenso del nuevo surco, pero a la vez le damos forma para preservar la característica estética de que el pecho natural debe estar más lleno

en su polo inferior y externo, siguiendo la convexidad natural de la caja torácica. Ese nuevo surco no debe ser un semicírculo que constriña el polo inferior de la mama, sino que debe abrirse suavemente en su parte más axilar para dar mayor cabida al implante en esta zona. Este es el punto clave para el que denominamos descenso asimétrico del surco submamario y base de la naturalidad que buscamos en nuestros resultados. Sin tratarse de unos números de estricto cumplimiento, puesto que dependerán de la morfología existente y del volumen implantado, como media general para nuestro tipo de pacientes e implantes, este marcaje lo hacemos descendiendo 4 cm desde el punto M-I, 3 cm desde el punto I-I y 6 cm desde el punto E-I (Fig. 10.5 a 10.8).



Figs. 10.5 y 10.6. Marcaje preoperatorio: vista frontal y oblicua con los puntos M-I, I-I y E-I y el descenso del surco desde cada uno de ellos.



Figs. 10.7 y 10.8. Marcaje preoperatorio: vista frontal y oblicua añadiendo las marcas del triángulo de Maliniac.

Siguiendo un paso adelante en la evolución de nuestra técnica y con base en la observación natural del tórax femenino, tanto en posición anatómica como con los brazos alzados, hemos desarrollado una forma más simple de entender y marcar ese descenso asimétrico del surco submamario. Cuando los brazos se elevan por encima de la cabeza, el surco submamario natural asciende. Previamente hemos marcado su situación en posición anatómica, hemos medido su longitud y señalado los puntos M-I, I-I y E-I (Fig. 10.9). Colocamos la punta de nuestro rotulador sobre el punto M-I y pedimos a la paciente que eleve los brazos por encima de su cabeza: veremos cómo nuestro marcador se desplaza automáticamente hacia abajo marcando el descenso del nuevo surco para localizar el mismo punto en su nueva posición más baja (Figs. 10.10 y 10.11). Haremos lo mismo sobre los puntos

I-I y E-I (Figs 10.12 a 10.15) y, al unirlos, trazamos la forma y posición del nuevo surco submamario: más

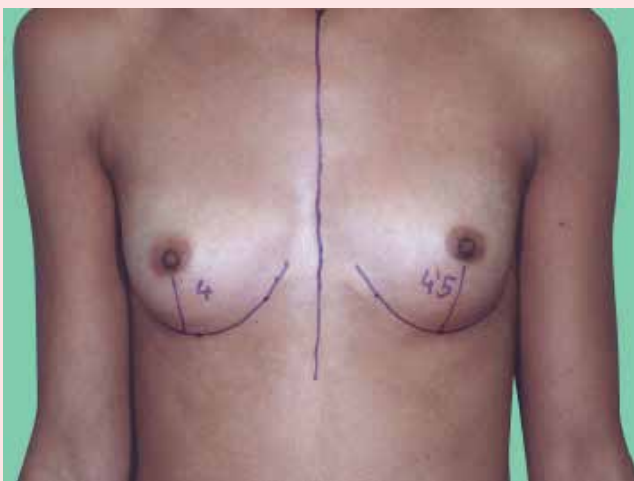
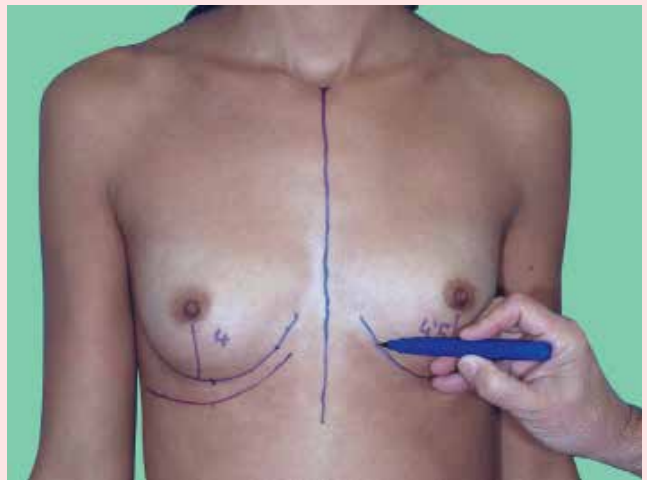
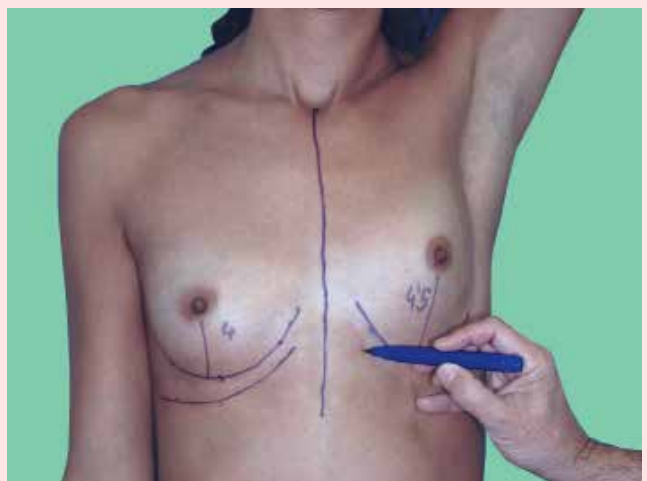
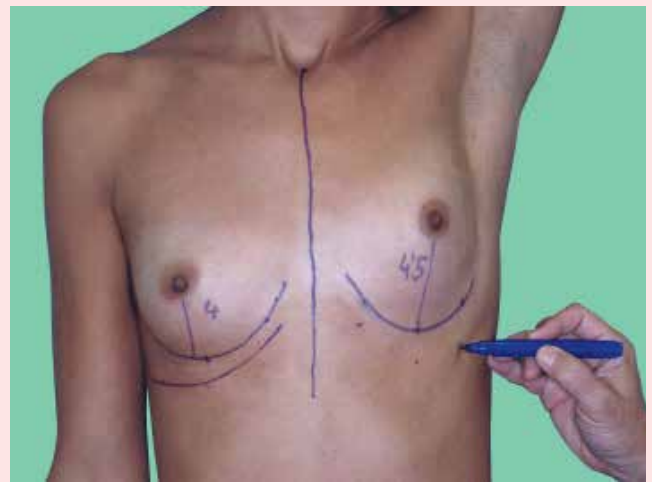
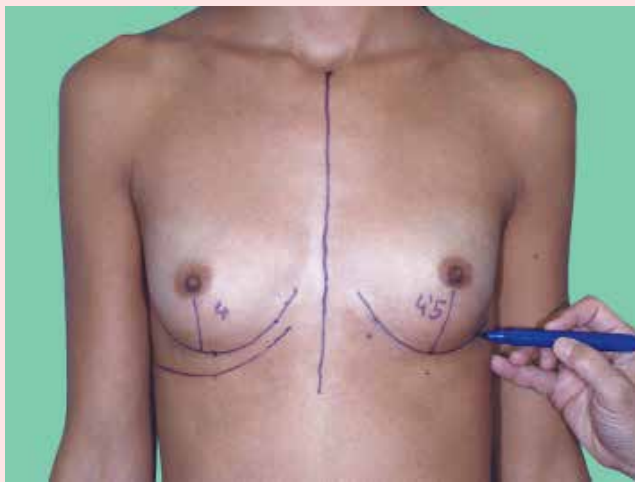
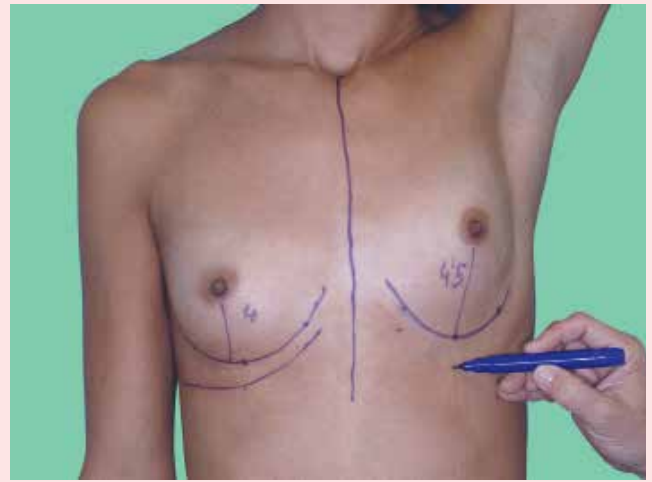
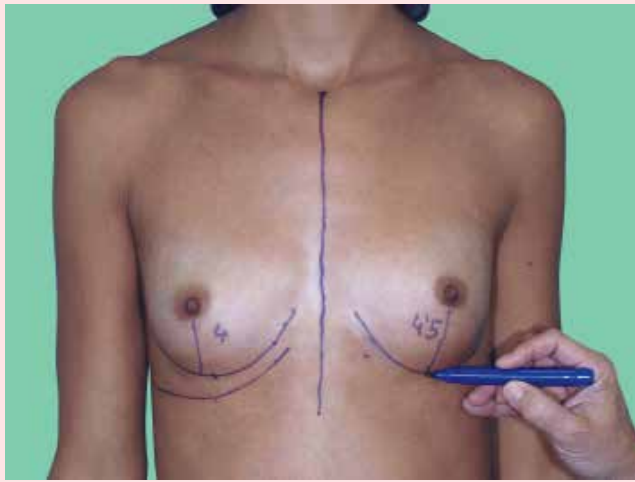


Fig. 10.9. Secuencia dinámica del marcaje preoperatorio. Vista frontal con el marcaje inicial de la situación del surco submamario y medidas de las distancias con respecto al CPA.



Figs. 10.10 y 10.11. Secuencia dinámica del marcaje del descenso previsto del surco submamario desde el punto I-I.



Figs. 10.12, 10.13, 10.14, 10.15. Secuencia dinámica del marcaje del descenso previsto del surco submamario desde los puntos M-I y E-I.

bajo, con descenso asimétrico y abriéndose hacia la axila (**Figs. 10.16 a 10.19**). Si comparamos el trazo marcado con el diseño hecho en la mama contralateral, según nuestro marcaje tradicional, vemos que ambos se corresponden perfectamente. Logramos, pues, de forma observacional directa adaptar nuestras medidas anatómicas a una forma más fácil de predecir y marcar la nueva posición del surco submamario.

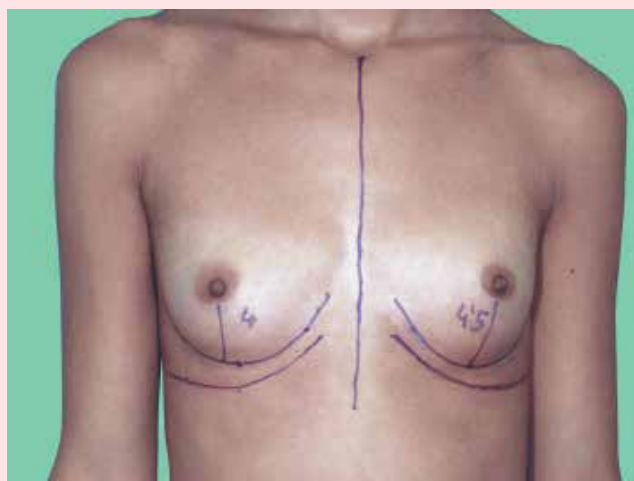
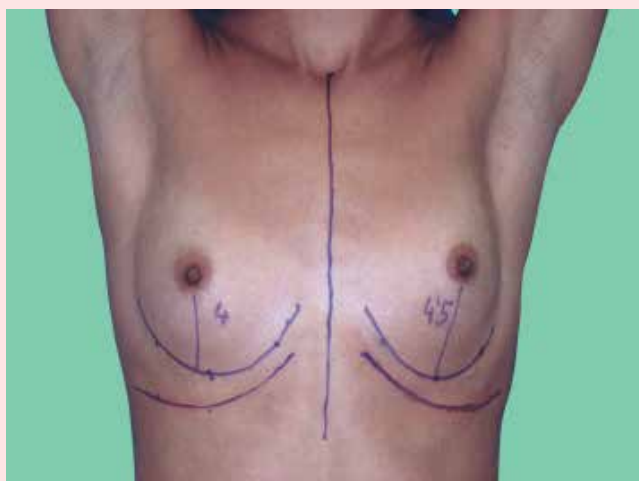
Técnica quirúrgica

Con base en las medidas determinadas en la paciente y a sus expectativas de aumento del volumen mamario, elegiremos el implante que creamos más adecuado a su caso.

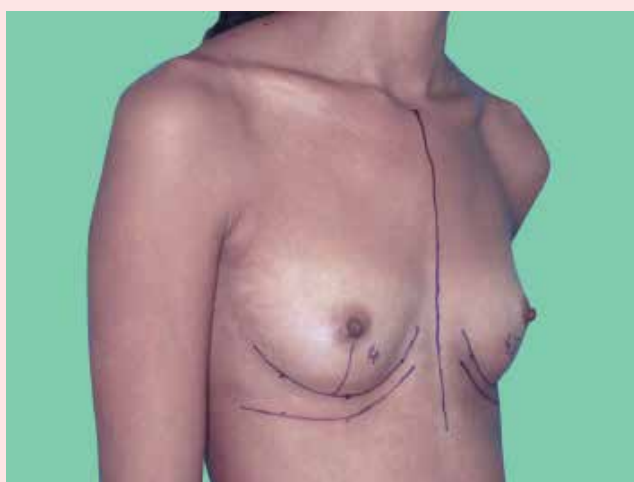
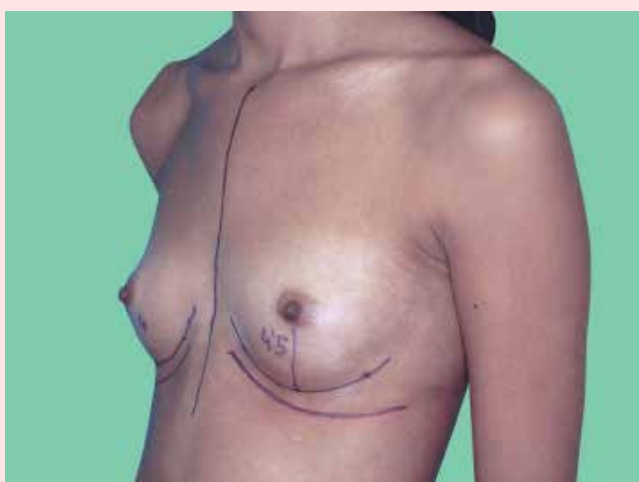
En nuestra práctica y, por lo tanto, como nos sentimos más cómodos trabajando, utilizamos preferentemen-

te implantes de gel de silicona cohesivo, texturados, redondos y de moderado perfil cuando se trata de casos de mamoplastia de aumento primaria. Pensamos que el implante redondo, si la disección quirúrgica del bolsillo que lo va a alojar es correcta y respeta los parámetros descritos, otorga a la mama una forma y una movilidad muy naturales.

Nos negamos a aceptar que la apariencia final de la mama dependa de la forma del implante, es más, hay discusiones al respecto de si las diferencias existentes in vitro entre prótesis anatómicas y redondas desaparecen in vivo por efecto de la gravedad, máxime ahora que la cohesividad de los geles es tal que hace que se comporten dinámicamente como materiales prácticamente líquidos, lejos de la controlada distribución de la forma que otorgaban los primeros geles cohesivos. Para nosotros, la forma final de la



Figs. 10.16 y 10.17. Final del marcaje. Vista frontal con los brazos levantados y en posición anatómica.



Figs. 10.18 y 10.19. Final del marcaje: vista oblicua izquierda y derecha.

mama dependerá fundamentalmente de la correcta disección del bolsillo que la va a alojar y del respeto al reproducir o crear, si no existen, esos parámetros que toda mama anatómicamente bella debe tener. Por tanto, hemos de eliminar la idea de que colocar un implante redondo es tan sencillo como simplemente diseccionar un bolsillo suficiente para alojarlo, con forma redondeada y centrado bajo el CPA. Por supuesto, es preciso tener en cuenta también que si elegimos un implante anatómico debemos estar muy atentos a las medidas y especificaciones del fabricante en cuanto a las dimensiones de proyección y altura del mismo para que se adecuen a las medidas que queremos reproducir.

Observemos, comparativamente, una prótesis de gel de silicona cohesivo anatómica y una redonda de iguales proporciones (**Figs. 10.20 y 10.21**). Puestas verticalmente, como estarían en el cuerpo de una

paciente en bipedestación, la prótesis anatómica conserva su forma al llenar más el polo inferior de la mama, mientras que la redonda cambia su centro, desplazando parte de su contenido por acción de la gravedad, también hacia el polo inferior, pero manteniendo parte de su volumen original en el polo superior (**Fig. 10.22**). El punto de máxima proyección en ambas es, sin embargo, muy diferente: en la prótesis anatómica está más bajo, con lo que llenará mejor la proyección de la nueva mama cuando haya ptosis asociada; en la prótesis redonda, el punto de máxima proyección está más alto y es menos marcado, con lo que adaptará mejor la forma en una mama hipogénica no ptósica, para dar forma al polo inferior y rellenando mejor el polo superior (**Fig. 10.23**). De acuerdo con las formas y características presentes en cada paciente, elegiremos una u otra forma de implante para lograr el mejor resultado posible en cada caso.



Figs. 10.20 y 10.21. Imagen comparativa de prótesis redonda (izq.) y anatómica (der.) de igual volumen. Vista frontal y lateral que muestra también la diferencia de proyección.



Fig. 10.22. Imagen comparativa de la proyección lateral de una prótesis redonda (izq.) y una anatómica (der.) de igual volumen cuando se colocan verticalmente, como estarían en el cuerpo de una paciente en bipedestación.

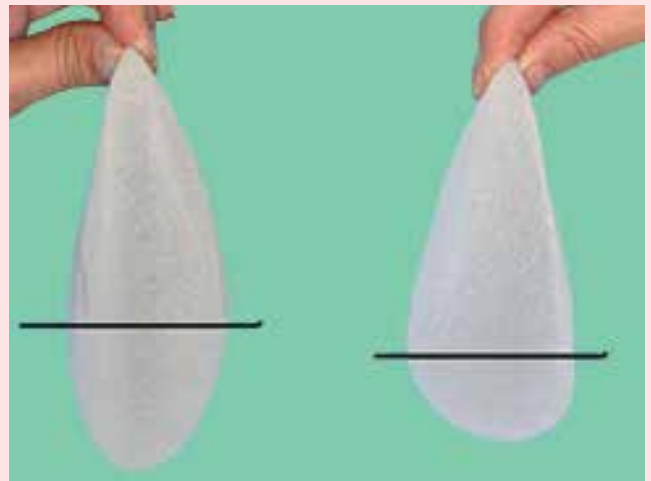


Fig. 10.23. La misma imagen con un trazo horizontal sobre el punto de máxima proyección. Nótese la diferencia en la localización de dicho punto según se trate de una prótesis redonda (izq.) o anatómica (der.).

Por lo que respecta a la vía de acceso elegida, optaremos por aquella que nos facilite tanto la disección correcta del bolsillo, como la introducción del implante en función de la anatomía y de la preferencia de la paciente en cuanto a la cicatriz final.

Para nosotros, la vía de acceso preferente es la peria-reolar inferior. Nos parece de muy buena calidad en cuanto a la cicatriz postoperatoria cuando se maneja con cuidado y nos permite un mejor acceso para la disección y descenso del surco submamario, clave en el resultado final. Nos parece difícil conseguir nuestro objetivo desde la vía axilar, y recurrimos a la vía submamaria cuando se trata de areolas demasiado pequeñas en función del volumen del implante elegido o cuando vamos a emplear implantes anatómicos.

Algo similar podemos decir en relación con el plano de colocación, ya sea éste subglandular, submuscular o subfascial; será de elección personal del cirujano según sus preferencias y la cobertura específica que cada paciente pueda aportar y estamos seguros de que este tema habrá quedado detalladamente tratado en otros capítulos de este libro, por lo que sea cual sea el plano elegido, nos centraremos en el tratamiento del surco submamario, objetivo primordial del presente capítulo.

La técnica que describimos alcanza su máxima plenitud técnica cuando empleamos el plano submuscular, puesto que no sólo tenemos como objetivo lograr ese descenso asimétrico del surco submamario descrito, sino que todo el bolsillo disecado sea en la práctica

un bolsillo submuscular completo, incluso en el polo más inferior de la mama, allá donde no llega el músculo pectoral mayor. Queremos también que cuando utilizamos implantes redondos, ese bolsillo sea en la práctica un “macrobolsillo” submuscular, es decir, un amplio despegamiento que permita la movilidad de los implantes y facilite la caída natural de la mama en las posiciones de decúbito supino y lateral.

El despegamiento del pectoral mayor se hará en toda la porción súpero-medial y súpero-lateral de la mama, hasta prácticamente la segunda costilla y cuidando extremadamente el plano para no meternos en ningún momento bajo las fibras del pectoral menor, puesto que esto facilitaría el sangrado y dificultaría la visibilidad para la disección. En la parte medial continuamos hasta aproximadamente 1-2 cm de la línea medio-esternal. Una vez llegados al polo inferior, la disección rebasará ampliamente los bordes de inserción del pectoral mayor, penetrando bajo otros músculos de la zona para asegurar el programado descenso del surco submamario. Así, en las porciones inferior e ínfero-externa disecamos por debajo de las fibras del músculo serrato anterior y del músculo oblicuo externo, y en la porción ínfero-interna por debajo de la fascia de la porción más apical del músculo recto abdominal. Obtenemos de esta manera un plano submuscular completo, que hemos comprobado y publicado mediante imágenes con tomografía helicoidal (HCT).

Esta disección submuscular discurre por el plano existente entre las fascias del pectoral mayor y del pectoral menor en toda la parte súpero-medial, en un área de pobre vascularización que posibilita la disección roma a punta de dedo, facilita el trabajo quirúrgico y disminuye el sangrado. La zona de descenso del surco submamario es más complicada, puesto que es un área de fibras musculares entrecruzadas que puede requerir el uso de tijera roma o bisturí caliente y, por lo tanto, mayor cuidado, más de tiempo y una correcta hemostasia ayudada de retractores con luz fría.

Si aplicamos lo descrito al plano subglandular, trabajamos igualmente sobre la idea del macrobolsillo, pero la disección discurre sobre la fascia del músculo pectoral mayor en la parte súpero-medial, con los mismos límites de despegamiento, y una vez en el surco submamario trabajamos también con bisturí caliente debajo de los planos superficial y profundo de la fascia que envuelve la mama. Todo este plano subglandular es más sangrante que el submuscular,

por lo que cuidamos muy especialmente la hemostasia empleando todo el tiempo que creamos necesario.

Una vez colocados los implantes elegidos en el macrobolsillo disecado, comprobamos la posición y simetría de las mamas. Debemos asegurarnos de que ya en este momento el aspecto que presentan sea totalmente satisfactorio; si no lo es, podemos estar seguros de que no va a serlo tampoco en el postoperatorio. Para ello realizamos una simple maniobra: presionamos con la mano sobre la porción más superior de la mama, por encima del CPA, de manera que la mayor parte del implante pueda comprimirse dentro de la mitad inferior del macrobolsillo disecado. Así aseguramos que el implante llena en el polo inferior toda el área de descenso del surco submamario, que el nuevo surco sigue una línea suave y abierta a medida que se acerca a la línea paraaxilar anterior y que, por tanto, la prótesis no va a lucir alta en el postoperatorio. También presionamos sobre la zona media para ver cómo se rellenan los cuadrantes ínfero-laterales, para comprobar la natural caída lateral de la mama y movilizamos los implantes presionando hacia la línea medio-esternal, para comprobar la simetría y suavidad del surco intermamario. Si durante estas maniobras vemos alguna irregularidad o asimetría, por mínima que parezca, es el momento de revisar y corregir la disección liberando fibras o adherencias remanentes.

Durante el postoperatorio, aseguramos la posición de los implantes mediante una banda de velcro colocada en la parte más superior del pecho que comprima las prótesis dentro de la porción más inferior del bolsillo, asegurando la posición del nuevo surco submamario y la convexidad natural del polo inferior y externo de la nueva mama. Mantenemos esta banda durante aproximadamente un mes tras la cirugía.

Si decidimos emplear implantes anatómicos, mantenemos la idea y técnica de descenso del surco submamario sea cual sea el plano utilizado, pero ajustando las marcas y medidas descritas a las dimensiones del implante (altura, anchura y proyección) según las recomendaciones del fabricante y, por supuesto, evitando la idea de disecar un macrobolsillo, puesto que podríamos tener graves problemas de rotación libre de los implantes dentro del mismo, lo que produciría asimetrías y malos resultados estéticos. A nuestro juicio, ésta es, en la mayoría de las ocasiones, la causa de malos resultados cuando se usan de forma incorrecta implantes anatómicos: el giro de la próte-

sis por incorrecta disección del bolsillo que la aloja. Nunca tendremos este problema de malposición por rotación usando implantes redondos. No en vano las estadísticas de los fabricantes demuestran que, tras más de 12 años de existencia en el mercado de los implantes anatómicos, hoy por hoy de cada 100 prótesis de mama empleadas en el mundo, 74 son redondas y 26 anatómicas.

Cabe señalar, finalmente, que en reconstrucción mamaria aplicamos también este concepto cuando empleamos expansor y prótesis. En el primer tiempo quirúrgico, al colocar el expansor, debemos tener ya muy clara la idea del volumen final que vamos a dar a la mama, así como la posición y forma de la mama contralateral; de esta manera dejar bien prefijada la posición del nuevo surco submamario en la mama a reconstruir de acuerdo con los parámetros descritos. En estos casos nos decantamos en general por el empleo de expansores y prótesis anatómicas que, ante la falta de tejidos propios, dan mejor proyección al polo inferior y, lógicamente, el plano submuscular completo que disecamos nos asegura una perfecta cobertura tanto del expansor como del implante definitivo (casos 1 y 3).

Volviendo a nuestra sistemática de implantes redondos dentro de un macrobolsillo para mamoplastia de aumento primaria, y a pesar de la controversia siempre mantenida sobre si es recomendable el automasaje postoperatorio, pensamos que, si queremos mantener la disección realizada y evitar adherencias que impidan la movilidad natural del implante y, por tanto, la movilidad natural de la mama con los cambios posturales, es fundamental adiestrar a la paciente para que realice automasaje movilizandolos implantes suavemente, pero con firmeza, en toda la extensión del macrobolsillo disecado desde el postoperatorio temprano. De esta forma ella misma comprobará y mantendrá con cada masaje la redondez y simetría del nuevo contorno mamario y facilitará que las mamas queden blandas al tacto y al contacto y naturales en los movimientos. Esto, evidentemente, solo cuando se trata de implantes redondos, nunca con implantes anatómicos que con el masaje podrían rotar.

No hemos tenido en nuestra experiencia complicaciones provocadas por este masaje, y sí beneficios en cuanto a forma y naturalidad (casos 4 y 5). Tenemos que desterrar definitivamente el mito de que el implante texturado no debe ser movilizado porque la

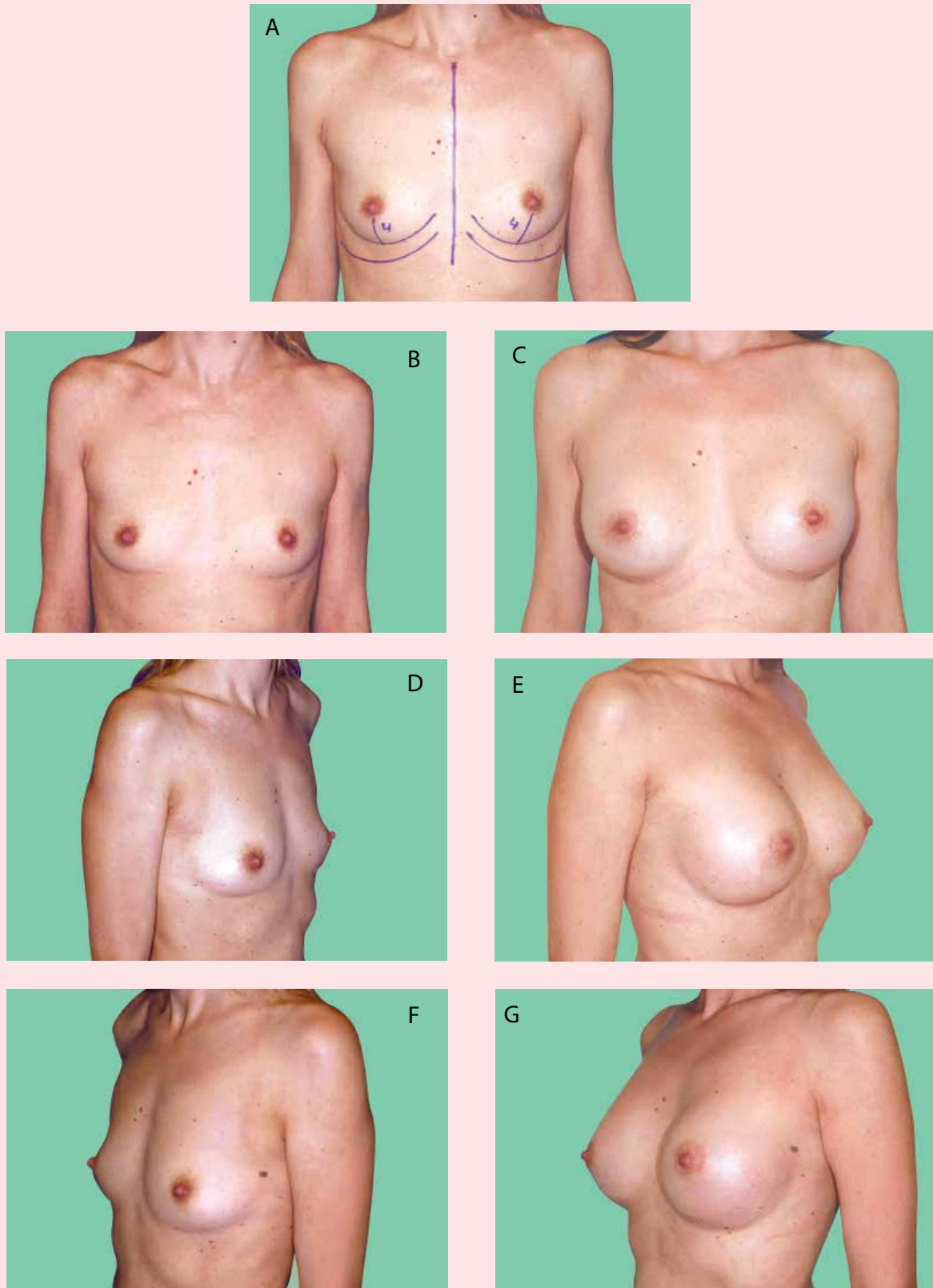
rugosidad de su cubierta provoca fricción sobre las superficies cruentas envolventes que favorece la aparición de edema, seroma o linfedema que participan en la posterior formación de contractura capsular. Desde el punto de vista técnico, estamos seguros de que esto tiene más que ver con la calidad, porosidad y características específicas de texturización de la cubierta del implante según su fabricación (importante conocer las especificaciones del fabricante sobre este punto), así como con la manipulación del material protésico durante su implantación, cuando no es cuidadosa y no tiene en cuenta las recomendaciones al respecto y los trabajos más recientemente publicados. Compartimos la idea de la crucial importancia que tiene en el proceso de implantación un manejo aséptico de las prótesis, una manipulación mínima, el cambio de guantes justo antes de tocar el implante por primera vez cuando es extraído de su envoltura y su inmersión en líquidos antisépticos (en nuestra práctica, suero fisiológico con antibiótico) para hacer desaparecer de su superficie las cargas electrostáticas que atraen agentes contaminantes a la superficie del implante, tareas que hemos realizado sistemáticamente durante todos nuestros años de práctica y que vemos ahora descritas en recientes publicaciones como de importancia fundamental para evitar el desarrollo de contaminaciones lentas que favorecen la formación de contractura capsular y serolinfedemas a medio o largo plazos.

Conclusión

La técnica que describimos es predecible en sus resultados y aplicable a todo tipo de aumento mamario, ya sea puro, para rejuvenecimiento de la mama cuando realizamos mastopexia con colocación asociada de prótesis, o en reconstrucción postmastectomía.

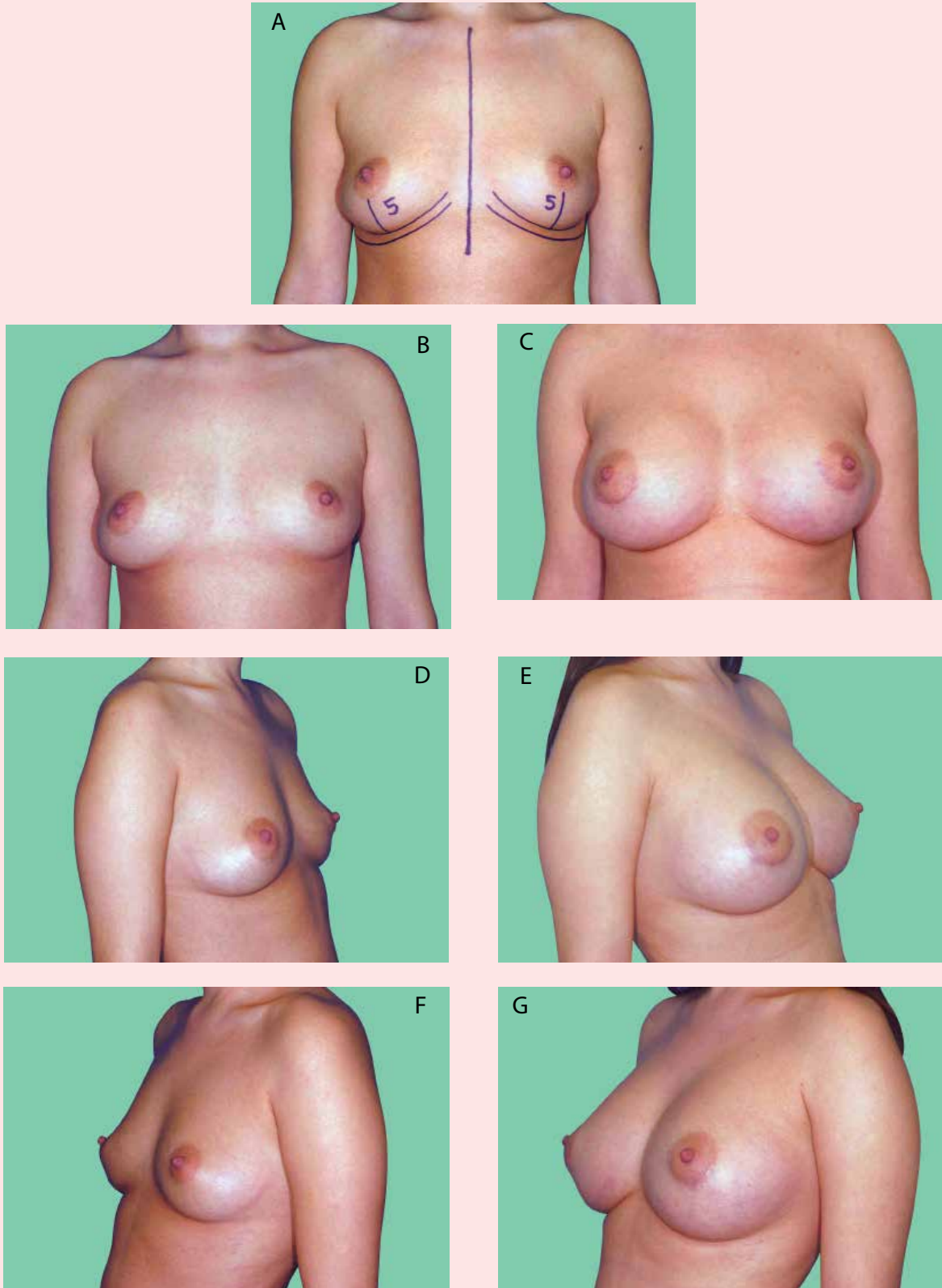
Permite al cirujano sistematizar y protocolizar su método sin dejar a la suerte la consecución de los parámetros necesarios para obtener resultados satisfactorios, reproduciendo todas las medidas y proporciones de la mama estéticamente ideal. Es la técnica de elección para la colocación tanto de prótesis redondas como anatómicas, con las diferencias descritas en la preparación del bolsillo para su alojamiento, pero manteniendo siempre la idea de descenso del surco submamario previamente diseñado para que la nueva mama quede en su posición correcta y natural dentro de la caja torácica.

CASOS CLÍNICOS



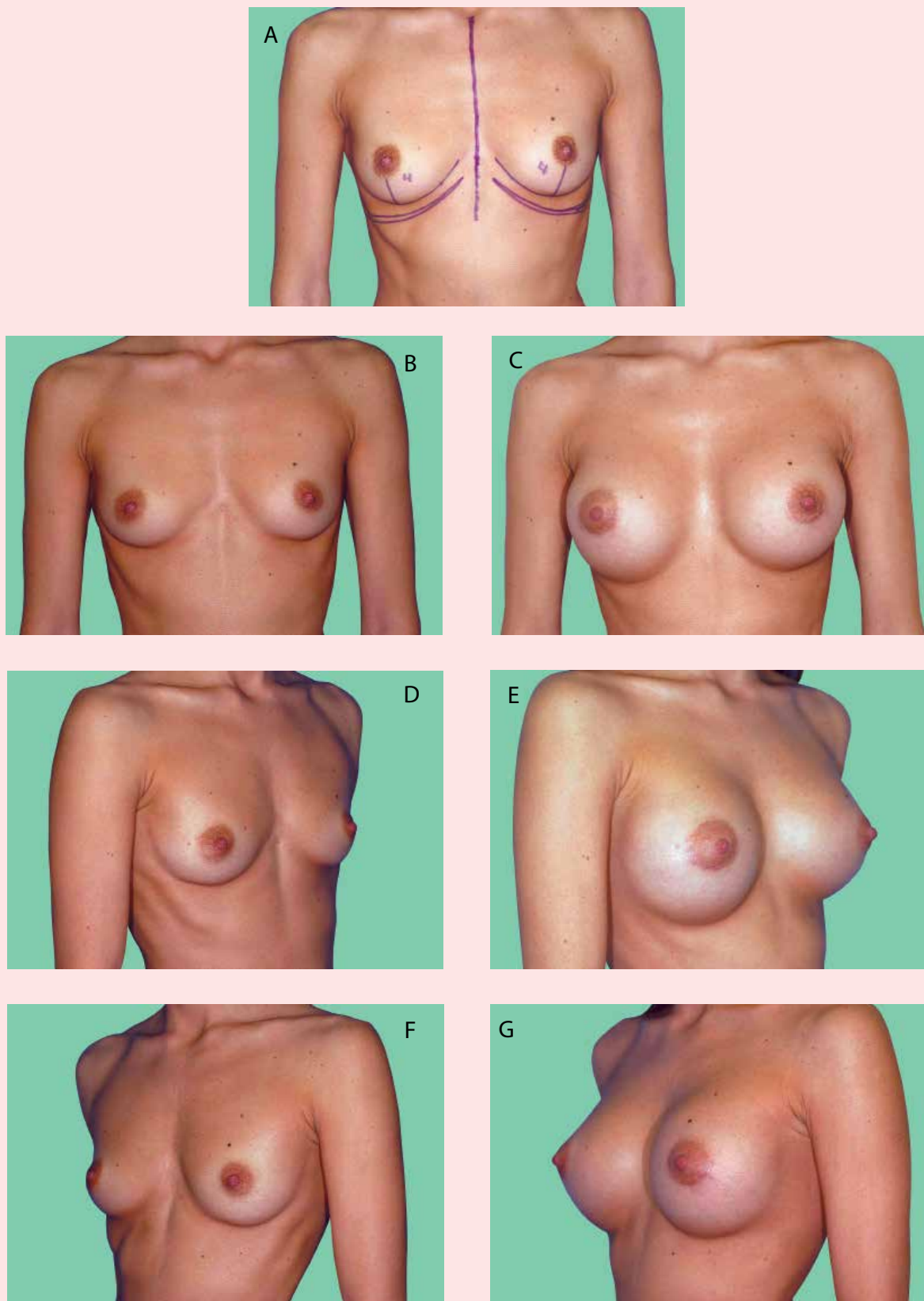
CASO 1. Paciente de 27 años. incisión hemiareolar inferior, plano subfascial. Prótesis de gel de silicona, cohesivo II, redondas, texturadas, moderate plus profile de 325 cc.

a) Marcas preoperatorias. b) Vista frontal preoperatoria. c) Postoperatorio al año. d) Vista oblicua derecha preoperatoria. e) Vista oblicua derecha postoperatoria. f) Vista oblicua izquierda preoperatoria. g) Vista oblicua izquierda postoperatoria.



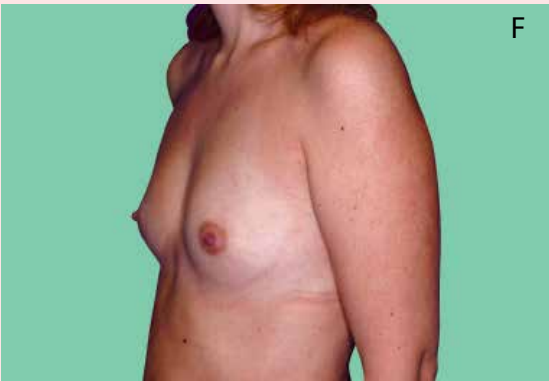
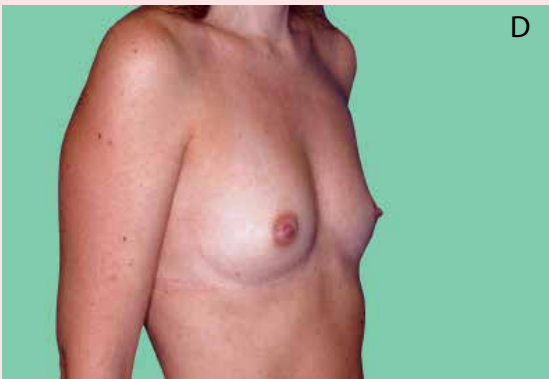
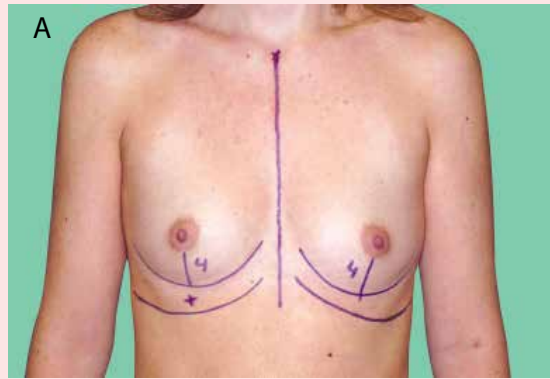
CASO 2. Paciente de 17 años de edad con asimetría mamaria. Prótesis de gel de silicona, cohesivo II, redondas, texturadas, moderate plus profile, mama derecha. 325 cc, mama izquierda.de 300 cc, incisión hemiareolar inferior, plano submuscular.

a) Marcas preoperatorias. b) Vista frontal preoperatoria. c) Postoperatorio al año. d) Vista oblicua derecha preoperatoria. e) Vista oblicua derecha postoperatoria. f) Vista oblicua izquierda preoperatoria. g) Vista oblicua izquierda postoperatoria.



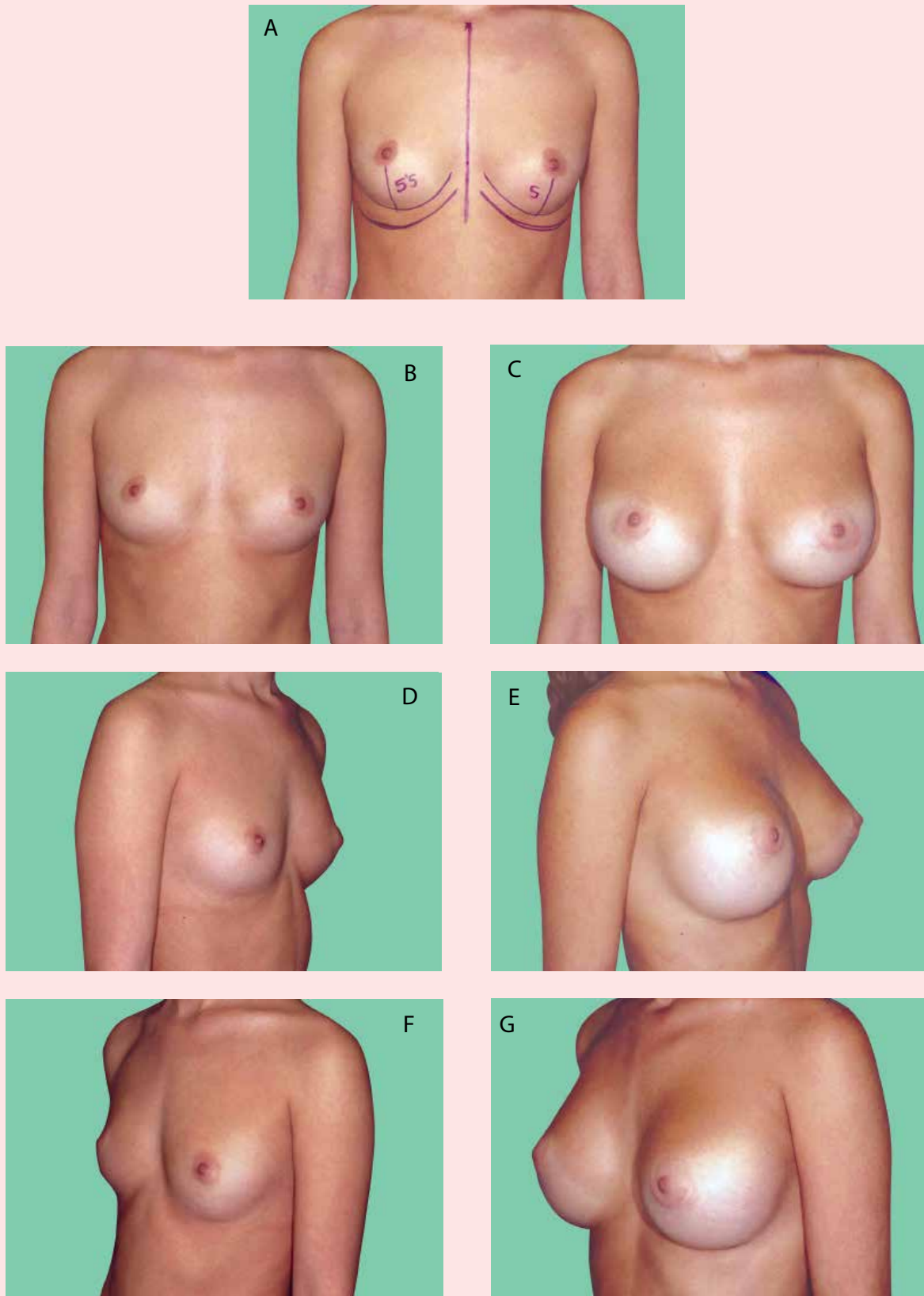
CASO 3. Paciente de 31 años de edad. Prótesis de gel de silicona, cohesivo II, redondas, texturadas, moderate plus profile, de 250 cc, incisión hemiareolar inferior, plano submuscular.

a) Marcas preoperatorias. b) Vista frontal preoperatoria. c) Postoperatorio al año. d) Vista oblicua derecha preoperatoria. e) Vista oblicua derecha postoperatoria. f) Vista oblicua izquierda preoperatoria. g) Vista oblicua izquierda postoperatoria.+



CASO 4. Paciente de 40 años de edad. Prótesis de gel de silicona, cohesivo II, redondas, texturadas, moderate plus profile, de 300 cc, incisión hemiareolar inferior, plano submuscular.

a) Marcas preoperatorias. b) Vista frontal preoperatoria. c) Postoperatorio al año. d) Vista oblicua derecha preoperatoria. e) Vista oblicua derecha postoperatoria. f) Vista oblicua izquierda preoperatoria. g) Vista oblicua izquierda postoperatoria.



CASO 5. Paciente de 35 años de edad. Prótesis de gel de silicona, cohesivo II, redondas, texturadas, moderate plus profile, de 275 cc, incisión hemiareolar inferior, plano submuscular.

a) Marcas preoperatorias. b) Vista frontal preoperatoria. c) Postoperatorio al año. d) Vista oblicua derecha preoperatoria. e) Vista oblicua derecha postoperatoria. f) Vista oblicua izquierda preoperatoria. g) Vista oblicua izquierda postoperatoria.

Bibliografía

- bostwick J. III: "Aesthetic and reconstructive breast surgery". C.V. Mosby, St. Luouis (MO), 1983. p: 29.
- Hedén P, Jernbeck J., Hober M.: " Breast augmentation with anatomical cohesive gel implants". Clin. Plast. Surg. 2001. 28 (3): 531.
- Hinderer U.T.: "La evolución de la cirugía plástica mamaria en la hipoplasia, ptosis e hipertrofia". En: Cirugía Plástica mamaria, Edit. MIC, Barcelona (España), 2003, 15.
- Maliniac J.W.: "Breast deformities and their repair". Grune and Stratton, New York. 1950. p: 68.
- Millán Mateo J., Vaquero Pérez M.M.: " Innovative new concepts in augmentative breast surgery". Aesth. Plast. Surg. 1998. 23: 372.
- Millán Mateo J., Vaquero Pérez M.M.: " Innovative new concepts in augmentative breast surgery, Part II". Aesth. Plast. Surg. 2001. 25: 436.
- Millán Mateo J., Vaquero Pérez M.M.: "Nuestra técnica de aumento mamario con descenso asimétrico del surco submamario". Cir. plást. iberolatinoam, 2002. 28 (1):11.
- Millán Mateo J., Vaquero Pérez M. M.: "Mamoplastia de aumento por vía periareolar". En: Cirugía plástica mamaria, Edit. MIC, Barcelona (España). 2003. 173.
- Peña Cabús, G.: "Influencia de las cargas triboeléctricas y de la contaminación sintomática de los implantes". Cir. plást. iberolatinoam, 2007. 33 (4); 209.
- Peterson R.D., Bowen D., Netscher D.T. et al.: "Capsular compliance. A measure of a 'hard' prosthesis". Ann. Plast. Surg. 1994. 32: 337.
- Rohrich R.J., Jeffrey M.K., William P.A.: "Preventing capsular contracture in breast augmentation. In search of a holy grail". Plast. Reconstr. Surg. 1999. 103: 1759.
- Smith D.J. Jr., Palin W.E. Jr., Katch V.L. et al.: "Breast volume and anthropomorphic measurements: normal values". Plast. Reconstr. Surg. 1986. 78: 331.
- Ventura O., Marino H., Mitideri V.: "Un zócalo como soporte del implante mamario". Cir. plást. iberolatioam. 2007. 33 (1): 31.
- Westreich M.: "Anthropomorphic breast measurements: protocol and results in 50 women with aesthetically perfect breast and clinical application". Plast. Reconstr. Surg. 1997. 100: 468.

