

Panorama actual del aumento de mama con implantes

Julio Daniel Kirschbaum¹

Desde principios de la década de los 60 del siglo pasado en que se idearon los primeros implantes su uso ha tenido un crecimiento exponencial siendo la operación de Cirugía Plástica más frecuente en la actualidad (Figura 1a y 1b) es solo superada en algunos países por la Liposucción.

Historia

Cronin y Gerow⁽¹⁾ en Houston (Estados Unidos) idearon los primeros implantes de mama, consistían en unas bolsas de lámina de silicona rellenas de gel de silicona.

En la misma década Arion⁽²⁾ en Toulon - Francia, ideó una lámina de silicona que se rellenaba con suero salino. Dichos implantes con modificaciones en el sistema de válvula que impidió que el líquido saliera tuvieron mucha popularidad entre 1992 y el 2004, esto debido a que durante dicho lapso de tiempo los implantes rellenos de gel de silicona fueron impedidos de usar con fines estéticos en los Estados Unidos debido al cuestionamiento de estar asociado a enfermedades autoinmunes. Estudios epidemiológicos demostraron que la hipótesis era falsa.

Desde su aparición en el mercado los implantes de gel de silicona han tenido una evolución tecnológica de ir desde

bolsas de láminas gruesas de silicona rellenas de gel con parche de fijación a envoltura de silicona más gruesas con relleno de gel más cohesivo y membranas de barrera que puede ser texturizada o revestida con espuma de poliuretano⁽³⁾.

Tipos y marcas de implantes mamarios

Se cuenta en el mercado con muchas marcas fundamentalmente son de dos tipos:

- Implantes rellenos de gel de silicón (Figura 2)
- Implantes rellenos de solución salina (Figura 2)

Los implantes salinos vienen vacíos y son rellenos una vez implantados, los rellenos de gel de silicona ya vienen en su tamaño final y van de 25 en 25 cms, empezando de 125 cc a 600 cc. Algunas marcas disponen de menor y mayor volumen.

La mayoría de los tamaños de los implantes colocados varían entre 240 a 350 cc.

La superficie de implante puede ser lisa, texturizada (Figura 3) o revestida con poliuretano. La forma puede ser redonda o anatómica (en forma de gota) en donde se rellena de mayor cantidad el polo inferior.



Figura 1a. Preoperatorio.

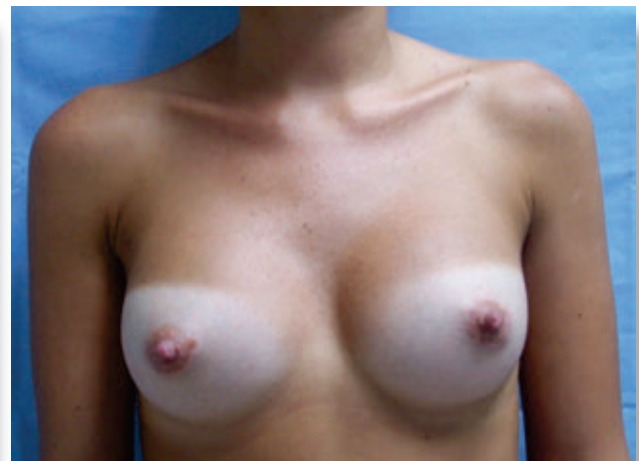


Figura 1b. Postoperatorio.

¹Director del Instituto Kirschbaum. Profesor de la Universidad San Martín de Porres. Ex Presidente de la Sociedad Peruana de Cirugía Plástica. Ex-Presidente de la Federación Latinoamericana de Cirugía Plástica (FILACP). Actual Secretario General de la International Confederation of Plastic Surgery Societies (ICOPLAST).



Figura 2. Tipos de implante.



Figura 3. Tipos de superficie.

A su vez los implantes en su tamaño y forma pueden venir con perfil bajo, moderado, alto o extra alto.

Anestesia

La intervención quirúrgica puede realizarse con anestesia general o con anestesia local apoyada por una sedación a la cual se puede agregar un bloqueo intercostal.

Vías de abordaje

De acuerdo al tamaño del implante se necesitará una extensión de corte de 2.5 cms a 4 cms.

El implante se puede colocar por incisiones en la axila, transareolar, periareolar, submamaria y umbilical.

Las más utilizadas en la vía submamaria seguidas por la vía periareolar y axilar (Figura 4).

La transareolar la utilizan pocos cirujanos y la vía umbilical está limitada a implantes salinos retromamarios.

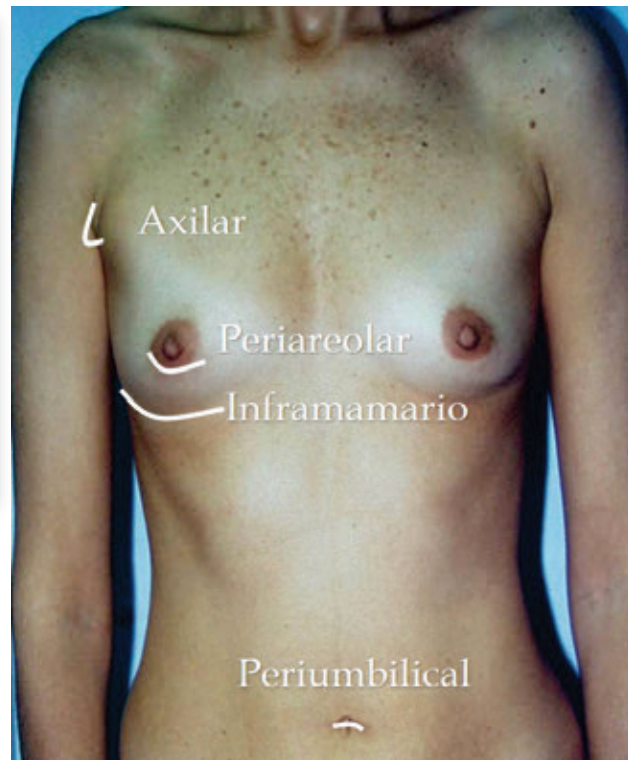


Figura 4. Tipos de vía de abordaje.

Plano de ubicación del implante

El implante puede ser ubicado debajo de la glándula (Figura 5), sobre el músculo (retro mamario) puede ubicarse debajo de la Fascia del pectoral (plano subfacial) o puede colocarse debajo del músculo pectoral plano retropectoral (Figura 6).

Técnicas Quirúrgicas vía submamaria

Se realiza la incisión en la piel y tejido celular subcutáneo con bisturí 15 de 2.5 a 5 cm de extensión de acuerdo al tamaño del implante a colocar.

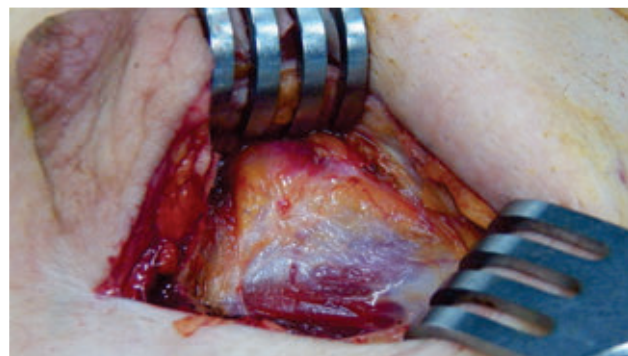


Figura 5. Técnica quirúrgica.

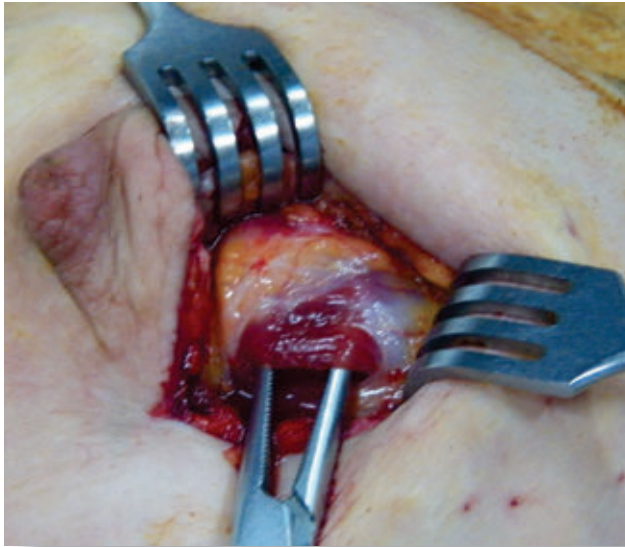


Figura 6. Técnica quirúrgica.

De acuerdo a plano a colocar se profundiza hasta la Fascia del pectoral mayor (plano subglandular o retromamario) si se incluye la Fascia (plano subfascial).

Se realiza la disección del bolsillo con electrobisturí para crear el espacio necesario que permita colocar el implante sin que forme pliegues tampoco muy amplio que pueda rotar. Si se elige el plano retropectoral se requiere avanzar 2 a 3 cms en el plano fascial hasta llegar al músculo pectoral, se incide el músculo y se continúa debajo de él, en este caso la disección puede hacerse de manera roma.

Vía Periareolar

Puede ser parcial a total de acuerdo al tamaño de la areola (lo ideal es que esta sea grande y oscura) en general se ubica en la parte inferior.

Se realiza la incisión de piel y celular subcutáneo, se puede ir a través de la glándula o decolar pegado a esta hasta el borde inferior y luego iniciar el plano retroglandular retrofacial o retromuscular.

Vía Axilar

La incisión se realiza en el pliegue axilar medial, puede ser recta o en S itálica, con bisturí # 15 se incide piel y celular subcutáneo, se avanza unos 2 a 3 cms hasta alcanzar el borde súper lateral del músculo pectoral mayor. Una vez identificado el músculo pectoral mayor se incide la fascia y se prosigue en el plano subfascial aunque es más común por la vía axilar utilizar el plano submuscular incidiendo a través del pectoral mayor y proseguir la disección sobre el pectoral menor. Generalmente la disección es roma y se puede hacer a ciegas o utilizando un endoscopio⁽⁴⁾.

Aplicación de drenaje

No hay consenso si debe usarse. Generalmente se utiliza drenaje a presión negativa retirándolos cuando drenan menos de 50 cc diarios. Muchos cirujanos aconsejan no dejarlo más de 3 días.

Post Operatorio

- Utilizar brassiere y si se utilizó el plano retromuscular utilizar una banda elástica en el polo superior para mantener el implante en posición adecuada. Antibiótico vía oral por 7 días. Analgésicos y relajantes musculares.
- Reposo absoluto por 48 horas.
- Dormir semisentada por 7 días.
- No manejar 7 días.
- Ejercicios a partir de las 3 semanas.

A partir de los 7 a 10 días son convenientes los masajes suaves 3 veces al día por algunos minutos.

El movimiento ayuda a que el bolsillo permanezca amplio y el seno se palpe más suave.

Contractura capsular

Los implantes mamarios son muy bien tolerados por el organismo pero son reconocidos como extraños por el sistema inmunológico que los aísla formando una membrana de tejido muy similar al sinovial. Por motivos no muy bien aclarados (la hipótesis más aceptada es el Biofilm Bacteriano)⁽⁵⁾ un pequeño porcentaje de estas membranas se contrae pudiendo en casos severos deformar la mama y producir dolor (Figura 7 a y 7b).

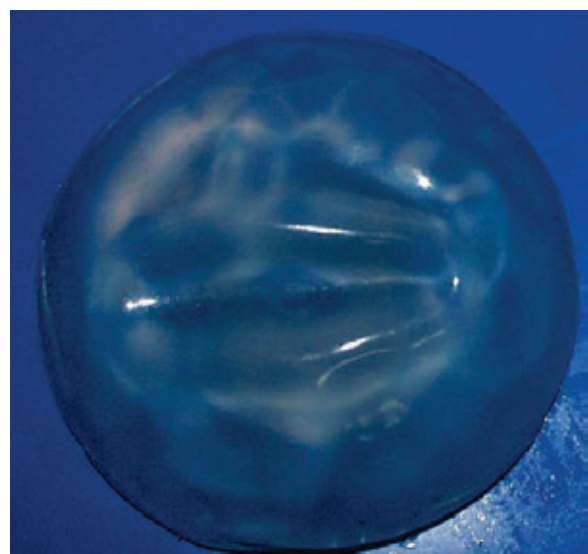


Figura 7a. Contractura capsular.

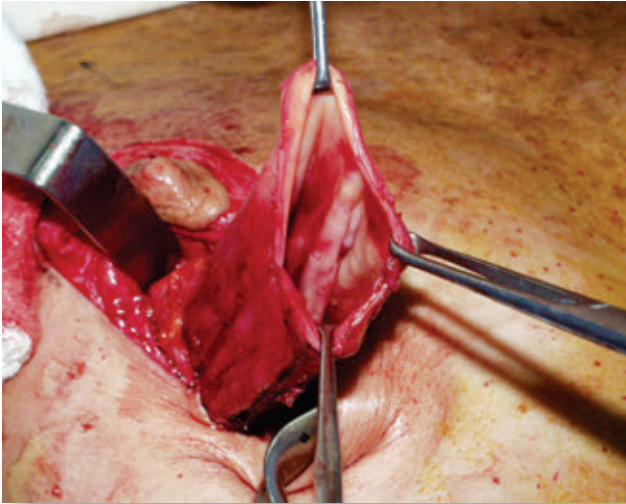


Figura 7b. Contractura capsular.

Para casos leves en los primeros meses algunos medicamentos como el Montelukast⁽⁶⁾ o el Enapril incluso grandes dosis de Vitamina E han ayudado a relajar la contractura. Pero en casos moderados o severos se requiere una reintervención siendo lo aconsejable una capsulectomía y un cambio de plano del implante (Figuras 8a y 8b).

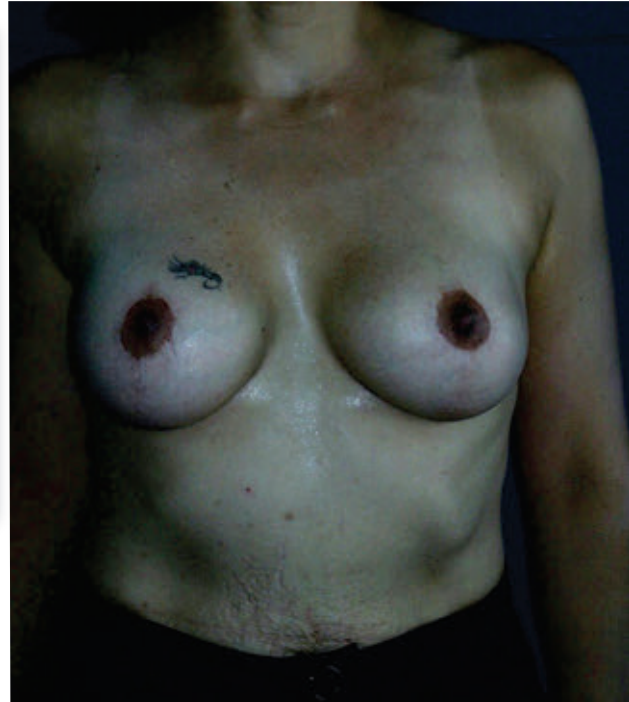


Figura 8b. Post contractura.



Figura 8a. Contractura capsular.

Complicaciones

Sensibilidad

En general la sensación del pezón raramente es afectada de manera permanente porque los nervios son estirados pero no cortados, puede serlo de manera temporal pero regresa a las pocas semanas. Aunque muchos cirujanos dicen que la incisión periareolar trae más problema de sensibilidad aparentemente más que la vía de acceso es el tamaño del implante.

Lactancia

Raramente es afectada la misma y en tal caso es porque se corta a través del parenquema mamario⁽⁸⁾.

Deflación del implante

Ocurre solo en los implantes salinos el líquido es totalmente absorbido por la cápsula y la disminución del tamaño de la mama es rápidamente perceptible.

Ruptura del implante

En general el gel de silicona permanece dentro de la cápsula aunque este puede migrar fuera de la cápsula a la mama y tejidos vecinos pudiendo crear reacciones inflamatorias que crean tejido indurado llamado siliconomas.

En la medida que el gel es más cohesivo la migración fuera de la cápsula se hace más improbable.

Hematoma

Apenas es detectado (dolor e inflamación unilateral) el paciente debe ser llevado al quirófano y el hematoma evacuado ya que a mayor tiempo habrá más inflamación y posibilidad de una cápsula futura.

Infección

Si es detectada los implantes deben ser retirados cuanto antes mejor, existe la posibilidad de salvar el implante (ya que en general es unilateral) pero un porcentaje importante desarrollará cápsula retráctil existiendo siempre la posibilidad de exposición y pérdida de tejidos.

Síndrome de Mondor

Es una trombosis de una vena de la pared abdominal, es una lesión limitada que se resuelve espontáneamente en 4 a 6 semanas⁽⁹⁾.

Linfoma de Células gigantes

Es una patología sumamente rara asociada a la cápsula mamaria y que es detectada por aparición de seroma tardío.

Se detecta por examen histoquímico, su tratamiento es capsulectomía total y retiro del implante

Está asociado a implantes de gran textura, la mayoría de las pacientes con este linfoma evolucionaron favorablemente con tratamiento oncológico.

Referencias bibliográficas

1. **Cronin TD, Gerow FL.** Augmentation mamoplasty a new "Natural Feel" prosthesis Transactions of the third international Congress of Plastic and Reconstructive Surgery. Amsterdam, Excerpta Medica 1964.
2. **Arion HG.** Presentation d'une prothese retromamariae J. Soc Fr Gynecol 1965;2.
3. **Hester Tr Jr, Nahay F, Bostnick J, Cukicj A.** five year experience with polyuretan - covered mamary prosthesis for treatment of capsular contracture primary augmentation mamoplasty and breast reconstruction. Clin Plast Surg 1988;15:569.
4. **Tebbetts JB.** Axillary endoscopic breast augmentation processes devived from 28 year experience to optimize outcomes. Plast Reconst Surg 2006;118;53.
5. **Viriden CP, Dobke MK, Stern P, Parsons Frank DH.** Subclinical infection of the silicone breast implant Surface as a posible cause of capsular contracture Aesth Plast Surg 1992;16:173-179.
6. **Schlesinger SL, Ellenbogen R, Desvigne MN, Svehlak S, Heck R.** Zafirlukast (Accolate) a new treatment for capsular contracture Aesthetic Surg J July/August 2002;329-336.
7. **Spear SL, Carter ME, Ganz JC.** The correction of capsular contracture by conversión to dual plane positioning technique and outcomes Plast Reconstr Surg 2003;112 (2):456-466.
8. **Cruz NC.** The perceived effects of breast feeding on breast aesthetics Does it affect breast feeding success in women with breast augmentation Plast Reconst Surg 2011;128:109.
9. **Khaw UD.** Incidence of Mondor disease in breast augmentation: A retrospective study of 2052 breast using inframamary incisión Plast Reconstr Surg 2008;122:88-89.
10. **Anaplastic large cell lymphoma (ALCL) in women with breast implants:** preliminary FDA findings and analysisn Center for Devices and Radiological health FDA January 2011.

DIAGNÓSTICO

REVISTA MÉDICA DE LA FUNDACIÓN INSTITUTO HIPÓLITO UNANUE



Toda la información médica que ofrece la

FUNDACIÓN INSTITUTO HIPÓLITO UNANUE

DE LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE LABORATORIOS FARMACÉUTICOS (ALAFARPE)

está en Internet