

Cirugía Plástica
Ibero-Latinoamericana

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana

ISSN: 0376-7892

ciplaslatin@gmail.com

Sociedad Española de Cirugía Plástica,
Reparadora y Estética
España

Ventura, O.; Marino, H.; Marcello, G.; Mitideri, V.

Un zócalo como soporte del implante mamario

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, vol. 33, núm. 1, enero-marzo, 2007, pp. 31-36

Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365537827003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Un zócalo como soporte del implante mamario

Plinth to support mammary implants



Ventura, O.

Ventura, O.*, Marino, H.**, Marcello, G.***, Mitideri, V.****

Resumen

En los trabajos sobre implantes mamarios, la principal preocupación de muchos autores en el postoperatorio alejado es la eventual formación de una cápsula. Otros cambios importantes, son las modificaciones en la posición del implante en relación con la glándula y su cobertura y las alteraciones de la glándula generadas por fenómenos habituales que ocurren a través de la vida de la mujer.

Hemos generado conductas en el planteamiento quirúrgico que tienen por objeto atenuar o retrasar estos fenómenos. Creemos haberlo logrado mediante la aplicación de un zócalo de apoyo del implante, produciendo al mismo tiempo una firme interfase entre el plano dermocelular y la prótesis. Este plano subfasial para el polo inferior actúa como estante que da firmeza y estabilidad al neosurco.

Abstract

On many presentations about long term results in mammary implants, the main concern of the authors is capsule formation. We have also observed important changes in the position of the implant in relation to the glandular and other overlying tissues, as well as changes characteristic to the gland in the different ages of women. We have applied conducts on our surgical planning aiming to diminish or delay this facts. We believe this has been achieved with the creation of a plinth to sustain the implant, generating in this way a firm interphase between the dermocellular plane and the implant. This subfascial plane acts as a shelf giving firmness and stability to the new inframammary fold.

Palabras clave Mamoplastia. Implantes.

Código numérico 5211, 52114

Key words Mammoplasty. Implants.

Numerical Code 5211, 52114

* Jefe de Sala.

** Cirujano Plástico. Consultor científico.

*** Instructor de residentes.

**** Profesor adjunto de Anatomía de la Facultad de Medicina de Buenos Aires.
Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Interzonal de Agudos Evita. Lanús. Buenos Aires. Argentina.

Introducción

En los trabajos sobre implantes mamarios la principal preocupación de muchos autores en el postoperatorio tardío es la eventual formación de una cápsula.

Otras alteraciones tan importantes como la anterior son: por un lado las modificaciones en la posición del implante en relación con la glándula y su cobertura y por otro, las alteraciones de la glándula generadas por fenómenos habituales que ocurren a través de la vida de la mujer.

No contentos con observar y describir estos eventos, hemos aplicado conductas en el planeamiento quirúrgico que tienen por objeto atenuar o retrasar estos fenómenos.

Descripción del problema

En la colocación de implantes mamarios, el surco puede o no ser desplazado. En los casos en que no es necesario alterar el surco submamario natural, contamos con adherencias anatómicas que le dan duración y consistencia al mismo. Pero en la mayoría de las mamoplastias de aumento, la distancia areola surco es corta y éste debe ser descendido, creando así un nuevo límite. Sobre este neosurco se concentra el peso de la prótesis en la posición erecta, ejerciendo una presión sostenida sobre el polo inferior mamario. Se oponen a este efecto solamente la piel, el tejido celular y el tejido glandular.

Inevitablemente, la piel y el celular subcutáneo se relajan por la distensión generada por la presión sostenida en el tiempo. Este fenómeno es normal y forma parte de las propiedades visco-elásticas tisulares. La glándula, por otra parte, se atrofia o sufre una transformación grasa con los años.

Técnicas para aumentar la estabilidad del neosurco (*En las descripciones anatómicas utilizamos los términos fascia o aponeurosis indistintamente como sinónimos*)

Los adelantos sobre los procedimientos de aumento mamario apuntan fundamentalmente a dar una mejor cobertura a los cuadrantes superiores (1-5).

Nuestra atención y la de otros autores, se ha enfocado además en los cuadrantes inferiores, área aún susceptibles de mejoría (6-9). Esto lo conseguimos mediante la creación de un zócalo de apoyo del implante, generando al mismo tiempo una firme interfase entre el plano dermocelular y la prótesis.

Material y método

Observaciones clínicas y estudios anatómicos de las aponeurosis del tórax realizados sobre cadáveres,

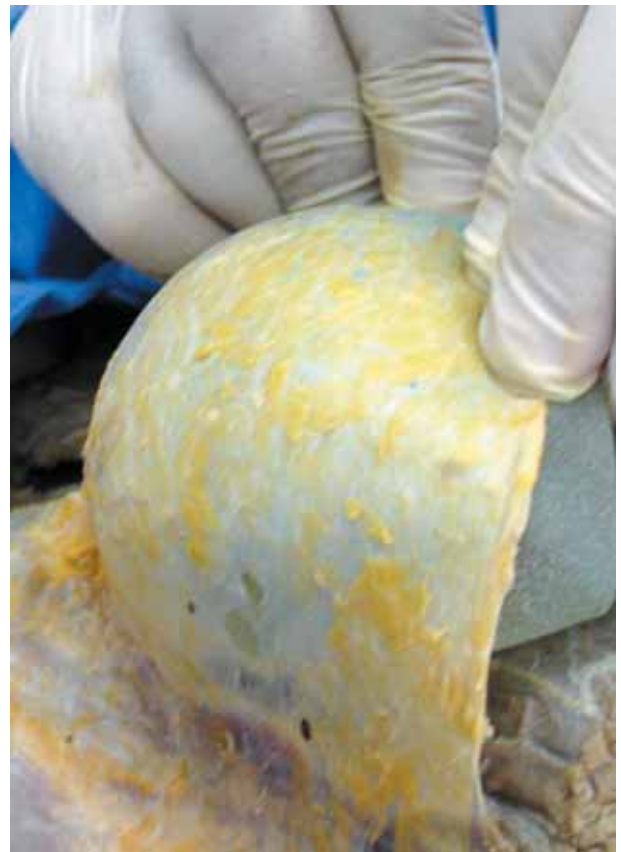


Fig. 1. Implante que apoya en el zócalo en disección en cadáver.

nos han convencido de la posibilidad de disponer de la acción de un zócalo o estante para el implante mamario (Fig. 1). Este zócalo está conformado por las aponeurosis de los músculos serrato, oblicuo externo y, en menor medida, por la del recto abdominal (Fig. 2).

Cualquiera que sea la localización del plano utilizado en relación al músculo pectoral (subfascial o subpectoral), el implante apoyará en la aponeurosis

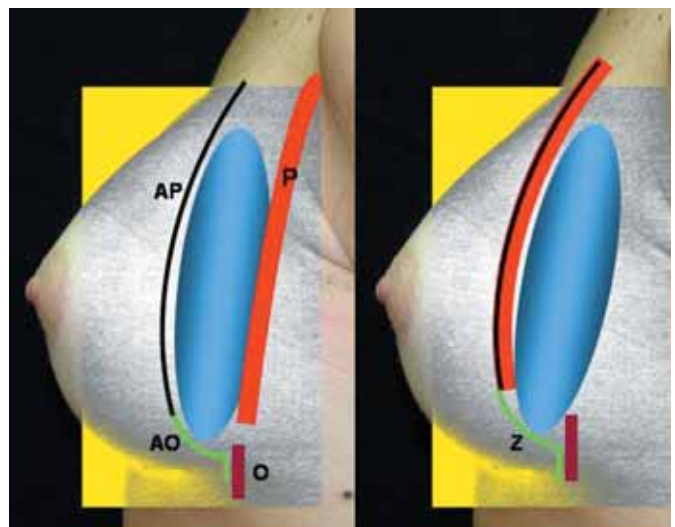


Fig. 2. Zócalo aponeurótico en implantes colocados en posición subfascial del lado izquierdo y en posición submuscular del lado derecho. AP: aponeurosis pectoral; P: músculo pectoral; AO: aponeurosis del oblicuo; O: músculo oblicuo; Z: zócalo

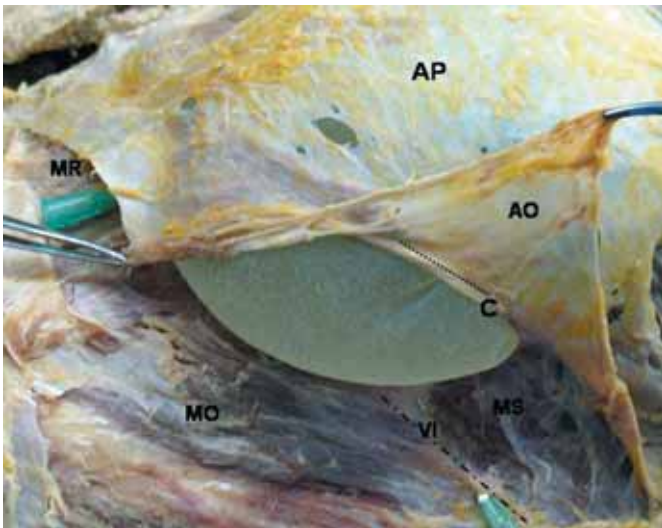


Fig. 3. Diseción en cadáver con un implante que supera la aponeurosis del pectoral ingresando en el compartimiento del oblicuo, serrato y eventualmente del recto. MR: músculo recto; MO: músculo oblicuo externo; VI: sexta costilla; MS: músculo serrato; C: cuerda restrictiva por espesamiento de la inserción del pectoral y del oblicuo; AO: Aponeurosis del m. oblicuo; AP: apon. del M. pectoral.

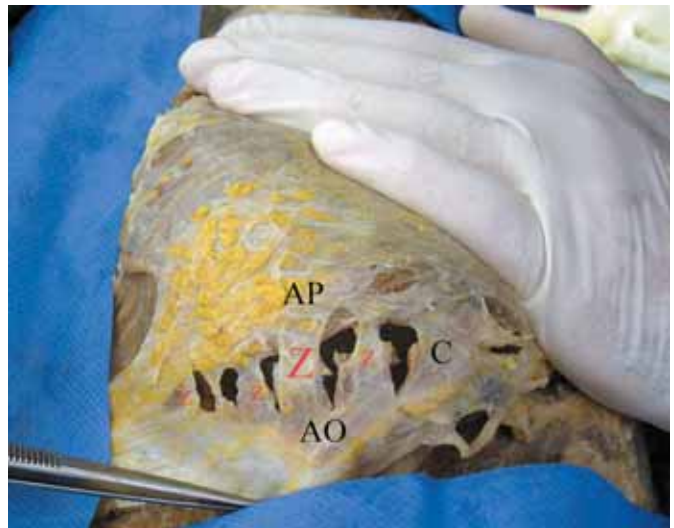


Fig. 4. Tratamiento de la cuerda restrictiva con incisiones verticales. AP: aponeurosis pectoral, AO: aponeurosis del oblicuo, Z: Zócalo, C: cuerda restrictiva.

o fascia del pectoral; pero al ampliar caudalmente el bolsillo, en lugar de ingresar en el plano céluloadiposo, traspasamos la aponeurosis del pectoral e ingresamos a un plano subfascial (subaponeurótico) del serrato, del oblicuo y excepcionalmente del recto (Fig. 3). No es una continuidad aponeurótica sino un artificio técnico. Podemos observar una cuerda restrictiva horizontal que corresponde al espesamiento aponeurótico de inserción muscular a nivel de la 6ª costilla, que se detecta por palpación y es responsable, junto a remanentes del surco original, de defectos en doble burbuja y/o polos inferiores constrictivos. Esta cuerda la tratamos mediante disrupción con múltiples incisiones verticales que la expanden en la dimensión horizontal (10) (Fig. 4).

En nuestra práctica, son pocos los casos en los que el zócalo coincidió con el surco original, practicando la metodología descrita sistemáticamente con buenos resultados.

Resultados

Esta metodología fue aplicada en 318 casos de mamoplastia de aumento en los últimos 5 años y deberá ser motivo de ulteriores revisiones.

Dado que la muestra no es seleccionada ni randomizada, la evaluación de la variable "Acción de soporte de la fascia" resulta metodológicamente imprecisa.

En todos los casos, fue evidente una buena contención del implante a nivel del polo inferior de la mama, con un buen grado de satisfacción de las pacientes operadas (Fig.5 y 6).

Discusión

Encontramos una amplia gama de formas mamarias que se presentan para ser tratadas. Los buenos resultados obtenidos deben definirse por recursos tácticos y técnicos que los hagan perdurar en el tiempo.

Una pregunta frecuente es: ¿cuánto dura un implante de silicona?

No sabemos la respuesta; pero podemos afirmar que la mayoría de los implantes duran mucho más que la buena forma de la mama lograda en las mamoplastia.

Esta sufre procesos biológicos dinámicos, siendo la ptosis una combinación o concurrencia de ellos. Las condiciones de la mama varían con el tiempo: la piel se afina, los ligamentos se elongan, el celular subcutáneo adelgaza, la glándula se atrofia, el músculo pectoral involuciona; pero el implante sigue pesando exactamente lo mismo que el día que fue colocado.

Las inclusiones subglandulares o las submusculares (con bolsillo ampliado en sentido caudal en el tejido adiposo por debajo del surco), se apoyan en el celular subcutáneo y someten a este último, por acción de la gravedad, a un decúbito permanente que afina el espesor graso y en ciertos casos permite palpar los bordes de la prótesis.

Si bien, desde el año 1999 hemos abandonado el plano subglandular por uno más "lógico" como es el subfascial, el plano submuscular lo seguimos utilizando cuando la cobertura en cuadrantes superiores es muy delgada. En las mamas hipogénicas la distancia del complejo areola-pezones al surco inframamario es corta, debiendo bajar este último para conseguir una mama estéticamente armónica. Al respecto, los traba-

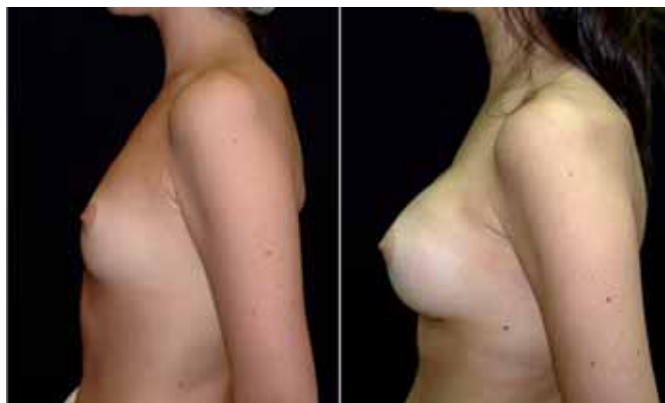


Fig. 5. a-b-c: Pre y postoperatorio a los 26 meses aplicando el zócalo aponeurótico en implantes redondos, texturados (Mentor® Moderate Plus Profile) de 275 cc. colocados en el plano submuscular mediante abordaje inframamario. El surco fue descendido 1 cm.

jos de Millán y Vaquero (6, 7, 11) apuntan al tratamiento minucioso del descenso del surco dentro de parámetros antropométricos muy precisos. Estos autores realizan un macrobolsillo que excede el plano submúsculo-pectoral para extenderlo debajo de músculos y fascias adyacentes, en lo cual coincidimos conceptualmente, aunque con bolsillos más ajustados al tamaño del implante. Más arriba, en Material y Método, hemos considerado la restricción a la proyección del polo inferior que podría ocurrir por acción de la aponeurosis del oblicuo y recto, las cuales son poco extensibles, más rígidas, en especial en la zona de transición con la del pectoral. También se describió la forma de expandirla si fuera necesario.

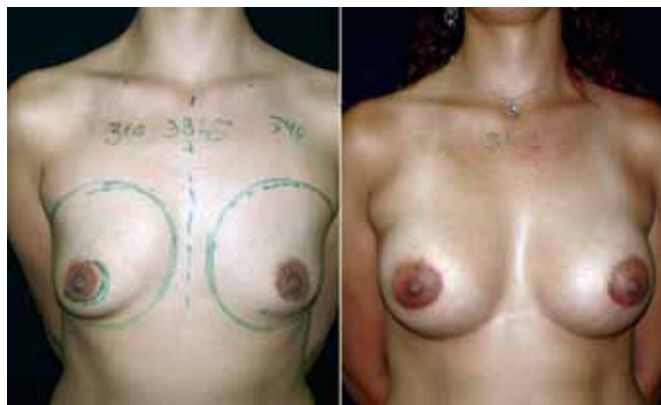


Fig. 6. a-b-c: Pre y postoperatorio a los 28 meses aplicando el zócalo aponeurótico en implantes colocados en el plano subfascial (pre-pectoral) mediante abordaje areolar. Fue necesario un descenso del surco de 2 cm., al igual que una corrección de la posición de la areola derecha. Debido a una asimetría de volumen los implantes fueron redondos, texturados (Macghan® Style 120), pero de diferente tamaño: 300 cc. en mama derecha y 340 cc. en la izquierda.

El zócalo que proponemos es un límite, un soporte, un estante. No es eterno, pero sí más estable, porque está estructurado por tejido aponeurótico no tan sensible a cambios temporales y biológicos importantes como sus vecinos, piel, grasa y glándula.

Conclusiones

Las alteraciones que hemos observado en pacientes intervenidas hace tiempo con respecto al implante y al polo inferior mamario, nos han llevado a disecciones anatómicas cuyos resultados hemos aplicado en la clínica.

Estas alteraciones consisten en desplazamientos de la glándula provocados por la elongación de los tejidos cutáneos y céluloadiposos, ocasionados por la presión constante de la prótesis al simple paso del tiempo.

Las mamas que han sido implantadas sin alterar la estructura anatómica del surco, son más estables que aquellas en las que dicho surco ha sido descendido, alterando sus adherencias normales.

Por lo tanto, proponemos la creación de un plano subfascial que actuando como zócalo o estante firme, evite o retrase el descenso del neo-surco y la distensión del polo inferior.

Dirección del autor

Dr. Omar Darío Ventura
Valentín Alsina 471 (1846) Adrogué - Buenos Aires. Argentina
e-mail: oventura@intramed.net.ar

Bibliografía

1. **Graf, R., Bernardes, A., Rippel, R., et al.:** "Subfascial breast implant: A new procedure". *Plast.Reconstr. Surg.*, 2003, 111: 904.
2. **Sampaio Goes, J., Landecker, A.:** "Optimizing outcomes in breast augmentation: seven years of experience with the subfascial plane". *Aesthetic Plast. Surg.* 2003, 27: 178.
3. **Benito Ruiz J.:** "Aumento mamario transaxilar subfascial/subglandular". *Cir. Plas. Iberolatinoam.* 2005, 31: 47.
4. **Serra-Renom J, Garrido M, Yoon T.:** "Augmentation mammoplasty with anatomic soft cohesive silicone implant using the transaxillary approach at a subfascial level with endoscopic assistance". *Plast. Reconstr. Surg.* , 2005, 116: 640.
5. **Ventura, O., Marcello, G.:** "Anatomic and physiologic advantages of totally subfascial breast implants". *Aesthetic Plast. Surg.*, 2005, 29: 379.
6. **Millan Mateo J., Vaquero Perez MM:** "Innovative new concepts in augmentative breast surgery". *Aesthetic Plast. Surg.* 1988, 22:372.
7. **Millan Mateo J., Vaquero Perez MM.:** "Innovative new concepts in augmentative breast surgery. Part II". *Aesthetic Plast. Surg.* 2001, 25: 436.
8. **Aubone E.:** "Consideraciones sobre el bolsillo en implantes submusculares". *Capítulo de Mamas de FILACP, Curso Internacional: Septiembre del 2005.* Buenos Aires, Argentina .
9. **Ventura O., Marcello G, Gamboa C, Miro A.** "Implantes mamaros en el plano subfascial en reemplazo del bolsillo subglandular: Un cambio lógico". *Cir.Plas.Iberolatinoam* 2006, 32 (1): 11.
10. **Muntan, Ch., Sundine, M., Rink, R.et al.:** "Inframammary fold: A histologic reappraisal". *Plast. Reconstr. Surg.*, 2000, 105:549.
11. **Millán Mateo, J., Vaquero Pérez, MM.:** "Nuestra técnica de aumento mamario con descenso asimétrico del surco submamario". *Cir. Plas. Iberolatinoam.*, 2002, 28 (1): 11.

Comentario al trabajo «Un zócalo como soporte del implante mamario»

Dr. Julio Millán Mateo. Cirujano Plástico. Práctica privada. Madrid. España

Es para mí una gran satisfacción poder comentar el magnífico trabajo del Dr. Omar Ventura y sus colaboradores, con el que me une una gran amistad desde hace muchísimos años.

El Dr. Ventura en su trabajo muy bien documentado alude a la necesidad de sujetar las prótesis mamarias en su polo inferior, para que no desciendan y no se noten al tacto con el paso del tiempo. Para ello, diseña un zócalo a modo de banda que incluye las fascias del músculo serrato, del músculo oblicuo y en alguna medida una parte del recto en su parte más apical.

No sólo estoy de acuerdo con todo lo que expone el Dr. Omar Ventura en su excelente trabajo sino que me gustaría añadir, que las prótesis que utilizamos tanto en aumento mamario como en asimetrías y en reconstrucción, siempre deben quedar sujetas en su polo inferior por elementos musculares y fasciales que son lo que van a mantenerse en el tiempo y a mantener la mama en su posición ideal,

independientemente de los cambios hormonales y como consecuencia de ellos glandulares, que se producen en la mujer en su época fértil.

Cuando las mamas están soportadas en su parte inferior exclusivamente por tejidos adiposo-glandulares, con el tiempo, en todo caso se producen fibrosis cicatriciales en el surco submamario como consecuencia de los microtraumatismos continuados que producen determinadas prendas y que hacen subir las prótesis hacia el polo superior de la mama, produciendo un exceso de relleno en los cuadrantes superiores y un aspecto muy inestético que desgraciadamente todos hemos visto en más de una ocasión.

Esto conlleva que la posición del complejo pezón-areola varíe con el tiempo en su colocación en el tórax con respecto a la mama, dejando de tener las relaciones armónicas que deben existir en una mama natural.

Respuesta al comentario del Dr. Julio Millán Mateo

Dr. Ventura, O.

Agradezco el comentario del Dr. Millán Mateo y comparto el sentimiento de amistad forjado hace 30 años en el Servicio de Cirugía Plástica de Legnano, Milán, del Profesor Ezio Morelli.

Mi trabajo de aplicación y evaluación del significado práctico del zócalo de apoyo del implante, tiene una directa relación con las

publicaciones de Millán-Vaquero, que incluimos en la Bibliografía, siendo las bases conceptuales del mismo. Las aclaraciones del comentador sintetizan los beneficios de la metodología, con las palabras justas del original y experimentado hacedor.

Muchas gracias.