

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana

ISSN: 0376-7892

ciplaslatin@gmail.com

Sociedad Española de Cirugía Plástica,

Reparadora y Estética

España

Berrocal Revueltas., M.

Mamoplastia de aumento secundaria. Evaluación de problemas, resultados insatisfactorios y
alternativas de solución

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, vol. 38, núm. 1, enero-marzo, 2012, pp. 9-26

Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365537876002>

- ▶ 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

Mamoplastia de aumento secundaria. Evaluación de problemas, resultados insatisfactorios y alternativas de solución

Secondary augmentation mammoplasty. Evaluation of problems, unsatisfactory results and alternatives for solution

**Berrocal Revueltas, M.****Berrocal Revueltas, M.***

Resumen

Presentamos un resumen de pacientes con resultados insatisfactorios tras mamoplastia de aumento con implantes de silicona con el objetivo de identificar los factores asociados que permitan ayudar a identificar los problemas más frecuentes en este tipo de cirugía y ofrecer alternativas de solución.

De un grupo universal de 230 paciente intervenidas quirúrgicamente por mamoplastia de aumento entre 2004 y 2009, presentamos un grupo de 15, de las cuales 12 habían sido intervenidas por primera vez por otro equipo médico y 3 por el primer autor del trabajo. De ellas, 13 tuvieron que ser sometidas a mamoplastia secundaria para corrección de problemas con resultados muy satisfactorios tras un año de postoperatorio. Sin embargo, 2 pacientes presentaron como problema inicial estrías mamarias en el postoperatorio inmediato que no han tenido solución definitiva hasta el momento.

Las posibles causas de los problemas surgidos tras la mamoplastia primaria fueron: vía de acceso inadecuada o no indicada en el 60% de los casos; volumen excesivo de los implantes en el 80% de los casos (12 pacientes), de las cuales 10 solicitaron implantes de menor volumen y 2 rehusaron la colocación de nuevos implantes; rotura de los implantes antes del primer año de postoperatorio en 2 pacientes (13.3%) y rotura a los 25 años de postoperatorio en 1 paciente; contractura capsular asintomática grado I y II en 12 pacientes (80% de los casos) y de grado III en 3 pacientes (20%).

Respecto al certificado de garantía de los implantes, 10 pacientes (66%) no tenían información alguna referente a la importancia del mismo y no encontramos información del fabricante en los implantes retirados en 6 pacientes (40%).

Como conclusión, observamos un vacío en cuanto a la unidad de criterios a la hora de encarar los problemas secundarios a la mamoplastia de aumento con prótesis de silicona y, se hace evidente la necesidad de fomentar estudios con alto nivel de evidencia en las universidades, sociedades científicas y organismos gubernamentales, que permitan cuantificar las secuelas de este tipo de cirugía para clasificarlas y ofrecer alternativas de solución a las mismas.

Abstract

A series of patients with unsatisfactory results after a breast augmentation surgery with silicone implants is presented in this report. The aim is to identify the most frequent problems and to offer alternatives for their solution.

From an universal group of 230 patients with aesthetic breast augmentation surgery done from 2004 to 2009, a selective group of 15 patients is presented; out of these, 12 had a surgical procedure done for the first time by another medical team and 3 done by the first author of this paper. After medical evaluation 13 patients had a secondary breast augmentation surgery in order to correct the problems with satisfactory results one year postoperative. Nevertheless, 2 patients had breast stretch marks as first problem in the postoperative period which does not have a definitive solution by now.

The possible reasons of the problems are: inadequate or not indicated line of access in 60%; implant size was excessive in 12 patients (80%), out of these, 10 patients requested implants with smaller size and 2 did not agree to get new implants; 2 patients (13.3%) suffered implant rupture before the first postoperative year and 1 patient had rupture after 25 years of the surgical procedure; in 12 patients (80%) there was asymptomatic capsular contracture grade I and II and grade III in 3 patients (20%).

There was no information about the manufacturer of the implants in 6 patients (40%) and 10 patients (66%) did not have any information about the importance of having a certificate of guarantee on the implants.

We conclude that there is a lack of unified criteria to face the secondary problems after breast augmentation surgery using silicone implants, therefore it is necessary to encourage scientific studies by universities, professional societies and governmental agencies in order to quantify sequels, classify them and offer alternatives for their solution.

Palabras clave Mamoplastia de aumento, Implantes de silicona, Prótesis mamarias, Secuelas cirugía mamaria.

Código numérico 5211-52114-52115

Key words Augmentative mammoplasty, Silicone breast implants, Mammary implants, Mammoplasty sequels.

Numeral Code 5211-52114-52115

* Especialista en Cirugía Plástica, Reparadora y Estética. Profesora Titular de Cirugía Plástica, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena. Cartagena de Indias, Colombia.

Introducción

La mamoplastia de aumento con implantes de silicona, es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes y comunes en la práctica diaria de la cirugía estética mamaria (1); sin embargo, la frecuencia de pacientes insatisfechas por la pobre calidad de los resultados es también muy alta y no se ha profundizado sobre los posibles factores de riesgo, ni cuantificado de forma sistemática los resultados no deseados para poder conocer la dimensión del problema a nivel local, regional y global, y poder así desarrollar estrategias de preventión.

Es evidente que existen factores que predisponen al paciente a sufrir potenciales complicaciones y/o resultados no deseados (2-4) que deben ser analizados en cada caso en base a las siguientes consideraciones:

1. Factores dependientes del paciente: ideas preconcebidas y falsas expectativas, enfermedades asociadas y/o comorbilidades y alteraciones psicológicas como dismorfismo corporal, entre otros.
2. Factores dependientes del médico: médicos complacientes con falta de experiencia y/o dominio de una sola técnica para todos los casos; información inadecuada e insuficiente referente a los implantes y potenciales complicaciones de su caso antes de hacer firmar el consentimiento informado; selección de los implantes basada en su

bajo costo y no en la garantía de calidad que puedan ofrecer y, deficiencias locativas para la ejecución del procedimiento, instrumental y material inadecuados.

3. Factores dependientes del fabricante: falta de cumplimiento riguroso de las normas de control de calidad, sin especificaciones del producto y omisión del certificado de garantía

A pesar de los importantes avances logrados en control de calidad con el desarrollo de nuevas técnicas y tecnologías y del interés y esfuerzo de algunos autores (4,5), de entidades gubernamentales como el registro del gobierno danés, de organizaciones independientes como IQUAM (*International Committee for Quality Assurance, Medical Technologies and Devices in Plastic Surgery*) y de algunas sociedades tales como la Sociedad Americana de Cirugía Plástica entre otros, por implementar la existencia de un registro global de implantes mamarios, no existe todavía una unidad de criterio que permita desarrollar una guía o un protocolo de manejo para las pacientes que requieren este tipo de procedimiento quirúrgico.

Hoy por hoy está demostrado que no existe una técnica ideal para todas las pacientes, ni existe un implante ideal para todas las mamas. Esto exige por parte del cirujano un análisis riguroso de los posibles factores de riesgo que concurren en cada paciente antes de realizar el procedimiento a fin de elegir la técnica y el implante más indicado para cada caso en particular.

Tabla I. Datos iniciales de las pacientes

CASO	EDAD	MOTIVO DE PRIMERA CONSULTA	MOTIVO DE SEGUNDA CONSULTA	EMBARAZO LACTANCIA
1	36	Flacidez y pérdida de volumen postparto	Asimetría, flacidez y dolor	SI
2	32	Flacidez y pérdida de volumen postcirugía bariátrica	Caída, flacidez y pliegues	NO
3	32	Flacidez y pérdida de volumen postparto	Dilatación areolar y aplanamiento	SI
4	41	Flacidez y pérdida de volumen postparto	Pérdida de llenado de la mama derecha	SI
5	65	Mamas pequeñas	Masas en axila derecha	SI
6	26	Mamas pequeñas	Pérdida de línea media esternal y fluctuación	NO
7	24	Mamas pequeñas	Aparición de estrías	NO
8	39	Mamas pequeñas	Asimetría y dolor paraesternal	SI
9	29	Mamas pequeñas	Calor, dolor y aumento de volumen	SI
10	27	Mamas pequeñas	Calor y aumento de volumen	NO
11	34	Mamas pequeñas	Endurecimiento, dolor y cuadrantes laterales vacíos	SI
12	19	Mamas pequeñas	Aparición de estríascos	NO
13	38	Flacidez y pérdida de volumen postparto	Llenado del polo superior y ptosis de la mama	NO
14	40	Flacidez y pérdida de volumen postparto	Llenado del polo superior y ptosis de la mama	SI
15	52	Flacidez y pérdida de volumen postparto	Dureza y dolor en mamas	SI

Fuente de información: datos extraídos de las historias clínicas de los pacientes intervenidos en el NH. Bocagrande, Cartagena (Colombia)

Tabla II. Datos de los implantes retirados

CASO	POSICIÓN INICIAL	TÉCNICA INICIAL	VOLUMEN RETIRADO	CERTIFICADO GARANTÍA	IMPLANTE RETIRADO	FABRICANTE	CARACTERÍSTICAS
1	Retromuscular	Periareolar	375 cc	No sabe	Rotos ambos, antes del año	SEBBIN®	Redondo-Text.
2	Retroglandular	Periareolar	300 cc	No sabe	Íntegros	–	Redondo-Text.
3	Retroglandular	Periareolar	325 cc	No sabe	Íntegros	–	Redondo-Text.
4	Retroglandular	Vertical	355 cc	No sabe	Roto dcho, antes del año	PIP®	Redondo-Text.
5	Retromuscular	Submamaria	300 cc	No sabe	Roto dcho, a los 25 años	MENTOR®	Redondo/liso
6	Retromuscular	Periareolar	355 cc	No sabe	Íntegros	SILIMED®	Redondo-Text.
7	Retroglandular	Submamaria	No se retiran	Si los tiene	Íntegros	MENTOR®	Redondo-Text.
8	Retromuscular	Periareolar	400 cc	No sabe	Íntegros	–	Redondo-Text.
9	Retroglandular	Periareolar	285 cc	Si los tiene	Íntegros	SILIMED®	Redondo-Text.
10	Retromuscular	Periareolar	225 cc	Si los tiene	Íntegros	MENTOR®	Redondo-Text.
11	Retromuscular	Submamaria	160 cc	No sabe	Íntegros	–	Redondo-Text.
12	Retroglandular	Submamaria	No se retiran	Si los tiene	Íntegros	MENTOR®	Redondo-Text.
13	Retroglandular	Periareolar	305 cc	No sabe	Íntegros	SILIMED®	Redondo-Text.
14	Retroglandular	Periareolar	350 cc	No sabe	Íntegros	–	Redondo-Text.
15	Retromuscular	Periareolar	385 cc	No sabe	Íntegros	–	Redondo-Text.

Material y método

De un grupo de 230 pacientes operadas de mamoplastia de aumento entre 2004 y 2009, seleccionamos un grupo de 15 pacientes que consultaron por resultados insatisfactorios tras la cirugía, de las cuales 3 habían sido intervenidas por primera vez por el primer autor del trabajo y 12 por otros cirujanos. A 13 de estas pacientes se les practicó mamoplastia secundaria para corregir los problemas y a las 2 restantes no se les intervino quirúrgicamente por presentar resultados no deseados irreversibles relacionados con la aparición de estrías en el postoperatorio inmediato.

Del total de las pacientes del estudio, que se presentan de forma pormenorizada en tablas adjuntas (Tablas I, II y III), presentaremos de forma detallada en el texto algunos casos a modo de ejemplo, analizándolos y discutiéndolos en base a evidencias actualizadas.

Caso 1. Mujer de 36 años de edad, multípara, sin antecedentes patológicos de interés, que consultó por primera vez solicitando mamoplastia de aumento por presentar flacidez y pérdida de volumen de sus mamas y a quien le practicaron una mamoplastia de aumento vía periareolar, con ubicación de implantes mamarios en plano retromuscular. Consulta con nosotros 8 meses después por resultados insatisfactorios relacionados con asimetría, flacidez y dolor en ambas mamas (Fig.1 y 2). La paciente manifiesta desconocer las características de los implantes que lleva,

relativas a fabricante, volumen, textura y certificado de garantía.

En el examen observamos unas mamas ptósicas y asimétricas, con piel estriada, cono mamario aplanado, cuadrantes superiores muy elevados, diámetro de areolas dilatado, cicatrices hipercrómicas y dolor a la palpación.

Se solicitó ecografía mamaria bilateral que mostró imagen en tormenta de nieve, hiperecogénica de forma heterogénea, con solución de continuidad de la capsula.

La paciente fue reintervenida al año bajo anestesia general; practicamos extracción de las prótesis que estaban rotas (Sebbin®, 375 cc de volumen), capsulectomía total bilateral y mastopexia vertical con técnica triplanar. Colocamos nuevos implantes, redondos texturizados, de menor volumen (Mentor ® 275 cc), en plano retromuscular con liberación del borde inferior del músculo pectoral. Cumplimos nuestro protocolo pre y postquirúrgico habitual consistente en tratamiento antimicrobiano con cefalosporina de primera generación (cefalotina o cefalexina) 1 gr intravenoso (IV) en el preoperatorio y diclofenaco de potasio 75 mg IV en el intraoperatorio, drenaje aspirativo durante 72 horas y entrega a la paciente de la documentación del fabricante identificativa de los implantes colocados, obteniendo excelentes resultados y satisfacción por parte de la paciente hasta la fecha, 4 años después de la cirugía.

Análisis del caso: Según opinión y experiencia del autor y con base en evidencias publicadas y revisadas,

Tabla III. Datos de la cirugía secundaria

CASO	CIRUGÍA SECUNDARIA	POSICIÓN DEL NUEVO IMPLANTE	CAPSULECTOMÍA	GRADO DE CÁPSULA	CAMBIO DE PLANO	VOLUMEN RETIRADO	VOLUMEN IMPLANTADO	DRENAJE	TRATAMIENTO	RESULTADOS
1	Pexia vertical triplanar	Retromuscular con borde libre	SI	G - II	NO	375 cc	275 cc	SI-72 horas	Cefaxolina 1gr Voltarem 1amp Crema antiestrias	Satisfactorio a 4 años postop
2	Pexia vertical triplanar	Retromuscular con borde libre	SI	G - II	SI	300 cc	250 cc	SI-72 horas	Cefaxolina 1gr Voltarem 1amp Crema antiestrias	Satisfactorio a 4 años postop
3	Pexia con cicatriz en J triplanar	Retromuscular con borde libre	SI	G - II	SI	325 cc	250 cc	SI-72 horas	Cefaxolina 1gr Voltarem 1amp Crema antiestrias	Satisfactorio a 3 años potop
4	Pexia vertical subglandular	Retromuscular con borde libre	SI	G - III dcha	SI	355 cc	250 cc	SI-72 horas	Cefaxolina 1gr Voltarem 1amp Crema antiestrias	Satisfactorio a 3 años postop
5	Pexia vertical sin implante	—	SI	G - III dcha	—	300 cc	—	SI-72 horas	Cefaxolina 1gr Voltarem 1amp Acid Mantle	Satisfactorio a 4 años postop
6	Cierre de bolsillos con Vicryl 3-0	—	NO	G - II	—	355 cc	—	SI-72 horas	Cefaxolina 1gr Voltarem 1amp Crema antiestrias	Satisfactorio a 2 años postop
7	Submamario Retroglandular	—	NO	G - I	—	No se retiran	250 cc	—	Crema antiestrias	Satisfactorio a 2 años postop
8	Vertical, Retroglandular	Retroglandular	SI	G - III	SI	400 cc	300 cc	SI-72 horas	Cefaxolina 1gr Voltarem 1amp Crema antiestrias	Satisfactorio a 4 años postop
9	Periareolar, Retroglandular	Retroglandular	SI	G - I	NO	285 cc	250 cc	SI-72 horas	Cefaxolina 1gr Voltarem 1amp Crema antiestrias	Satisfactorio a 2 años postop
10	Submamario, Retroglandular	Retroglandular	SI	G - II	NO	225 cc	225 cc	SI-72 horas	Cefaxolina 1gr Voltarem 1amp Crema antiestrias	Satisfactorio a 2 años postop
11	NO requiere	Retroglandular	SI	G - II	SI	160 cc	250 cc	SI-72 horas	Cefaxolina 1gr Voltarem 1amp Crema antiestrias	Satisfactorio a 3 años postop
12	NO requiere	Retroglandular	NO	G - II	NO	No se retiran	250 cc	—	Crema antiestrias	Satisfactorio a 3 años postop
13	Pexia vertical triplanar	Retromuscular con borde inferior libre	SI	G - II	SI	305 cc	225 cc	SI-72 horas	Cefaxolina 1gr Voltarem 1amp Crema antiestrias	Satisfactorio a 2 años postop
14	Pexia vertical triplanar	Retromuscular con borde inferior libre	SI	G - II	SI	350 cc	250 cc	SI-72 horas	Cefaxolina 1gr Voltarem 1amp Crema antiestrias	Satisfactorio a 2 años postop
15	Submamaria	Retroglandular	SI	G - II	SI	385 cc	275 cc	SI-72 horas	Cefaxolina 1gr Voltarem 1amp Crema antiestrias	Satisfactorio a 1 año postop

Fuente de información: datos extraídos de las historias clínicas de los pacientes intervenidos en el NH. Bocagrande, Cartagena (Colombia)

una mama con ptosis grado III en una paciente multípara con buena calidad de cobertura no debe ser corregida mediante abordaje periareolar para colocación de prótesis, ya que este grado de ptosis requiere de pexia del cono mamario. En relación con la ubicación del implante en el plano submuscular sin liberar el borde inferior del pectoral mayor, creemos que el músculo mantendrá atrapada la prótesis en los cuadrantes superiores, mientras que el tejido mamario ptósico seguirá descendiendo por efecto de

la gravedad y quedará aplanado y sin proyección, dando como resultado una disarmonía de la mama.

Por otro lado, teniendo en cuenta las consideraciones anatómicas del componente vaso-nervioso del pectoral mayor, ubicado en su cara posterior, se explica el dolor a la palpación que manifestaba la paciente debido a la compresión ocasionada por la superficie anterior de la prótesis, que se incrementa en proporción directa con el volumen de ésta (1-4).

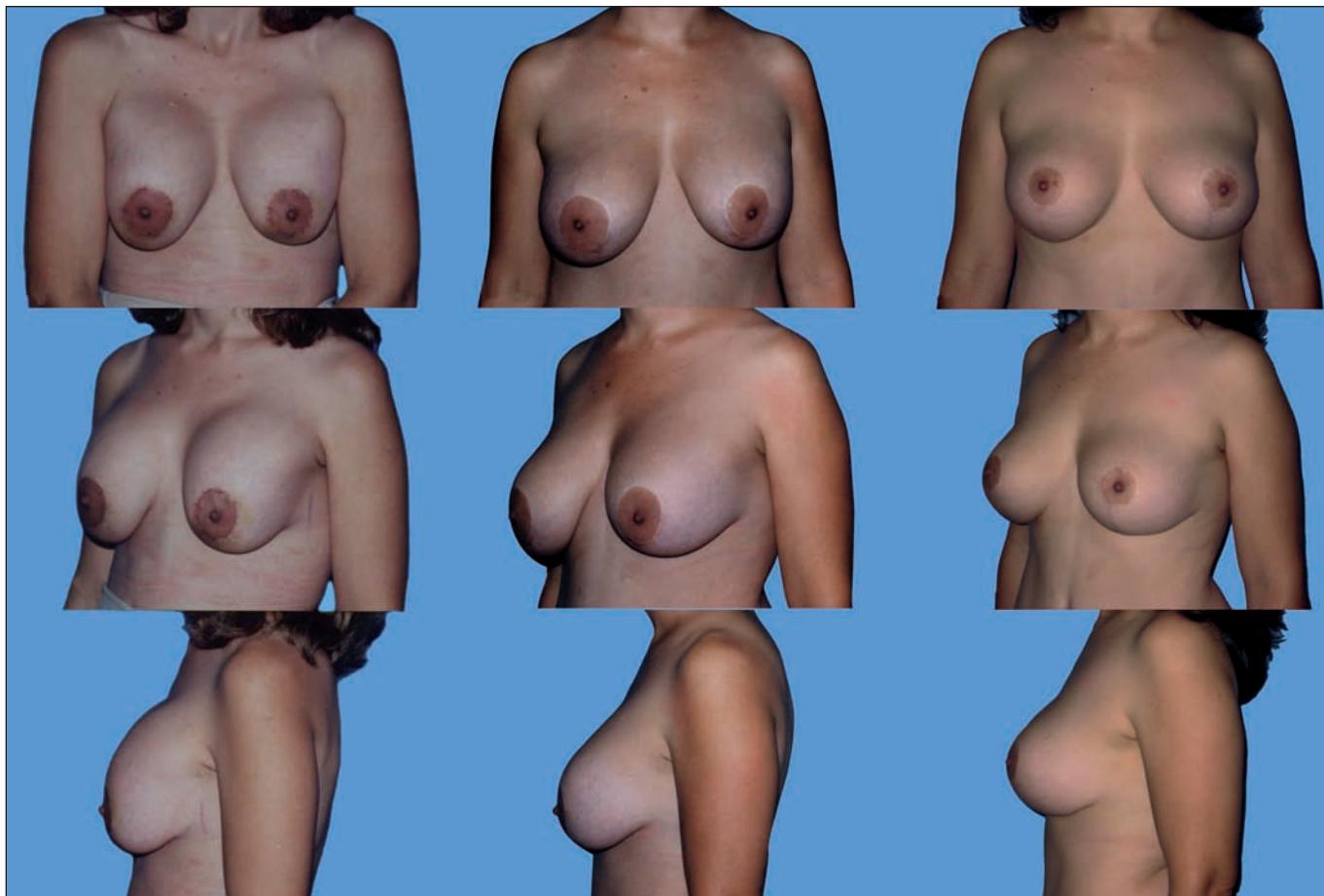


Fig. 1. Izquierda: Vista frontal, oblicua y lateral a los 8 meses de mamoplastia primaria. Centro: vista frontal, oblicua y lateral a 12 meses de retirada de implantes, mamoplastia secundaria consistente en pexia vertical triplanar, nuevos implantes retromusculares. Derecha: vista frontal, oblicua y lateral de postoperatorio a los 4 años.



Fig. 2. Introoperatorio: prótesis rotas y capsulectomía bilateral, aspecto de la cubierta rota de las prótesis y de las mamas tras la explantación.

Caso 2. Mujer de 32 años de edad, nulípara, con antecedente de pérdida masiva de peso debido a cirugía bariátrica realizada 2 años antes. Consultó por primera vez solicitando mamoplastia de aumento por presentar flacidez y pérdida masiva del volumen de las mamas y le practicaron mamoplastia de aumento vía periareolar, con ubicación de los implantes en plano retroglandular. La

paciente consulta 10 meses después con nosotros por resultados insatisfactorios, relacionados con aumento de la flacidez –aparición de pliegues en las mamas (Fig. 3 y 4). Manifiesta desconocer las características de los implantes que lleva en relación a fabricante, volumen, textura y certificado de garantía.

En el examen físico observamos ptosis severa, piel

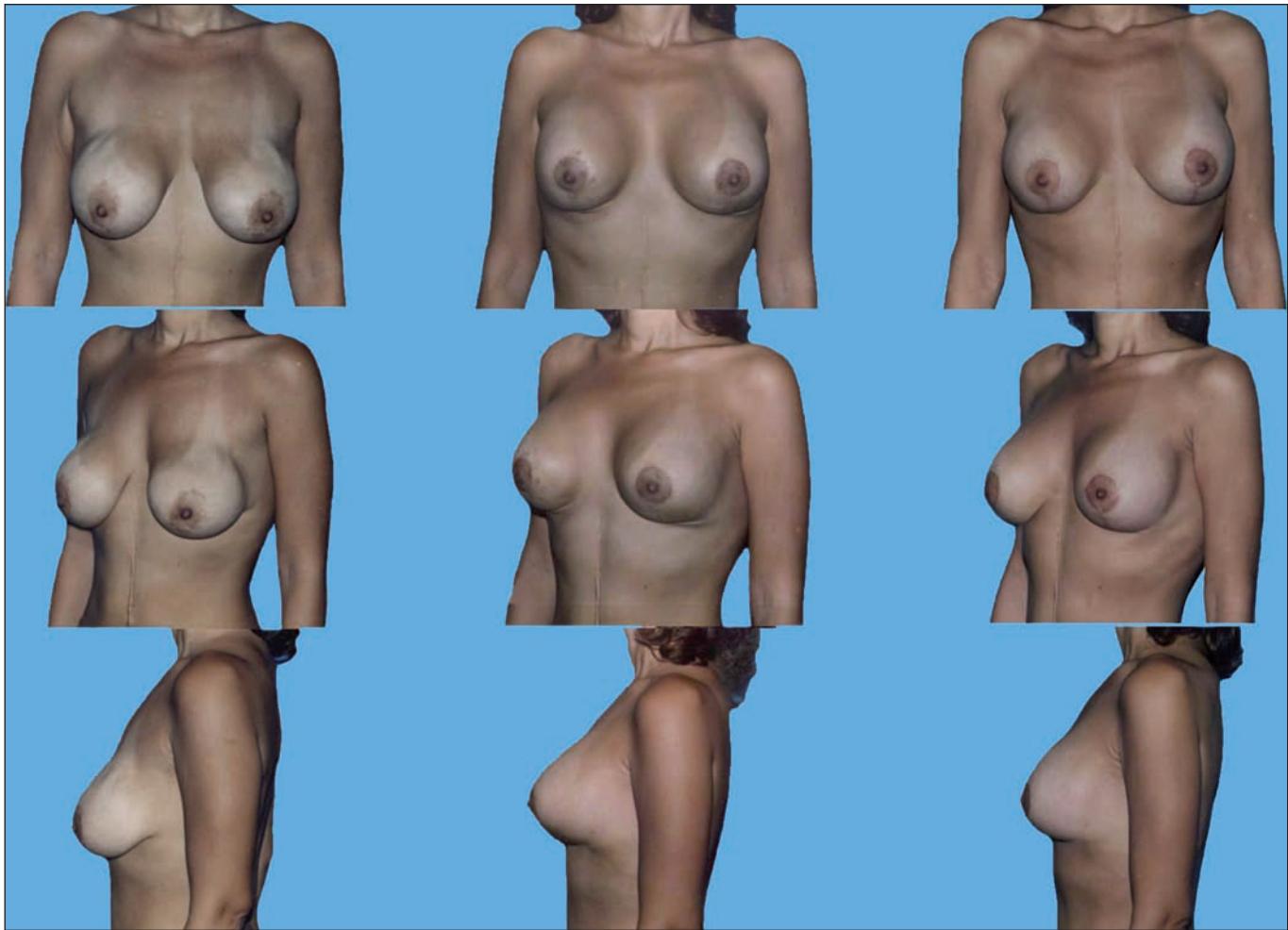


Fig. 3. Izquierda: vista frontal, oblicua y lateral a los 10 meses de mamoplastia de aumento. Centro: vista frontal, oblicua y lateral a los 12 meses de mamoplastia secundaria con retirada de implantes, capsulectomía completa, mastopexia vertical triplanar y nuevos implantes retromusculares. Derecha: vista frontal, oblicua y lateral a los 4 años de postoperatorio.



Fig. 4. Intraoperatorio: marcado del borde inferior del pectoral mayor para su liberación tras extracción de los implantes y capsulectomía bilateral. Nuevo implante redondo, liso, retromuscular. Cobertura del tercio inferior central del implante con el colgajo y aspecto final del cierre de la mastopexia vertical triplanar.

de pobre calidad y elasticidad, presencia de pliegues y surcos profundos en la piel, areolas dilatadas con cicatrices periareolares hipertróficas y cuadrantes superiores vacíos y excavados.

La paciente fue reintervenida bajo anestesia general. Practicamos extracción de las prótesis íntegras, redondas, texturizadas, de 300 cc, marca no identificable, capsulectomía total bilateral, mastopexia vertical con técnica triplanar y colocación de nuevas prótesis redondas texturizadas de menor volumen (Mentor® 250 cc.) en plano retromuscular con liberación del borde inferior del músculo pectoral. Cumplimos el protocolo pre y postquirúrgico habitual anteriormente descrito y la entrega de documentación de los implantes, obteniendo excelentes resultados y satisfacción de la paciente hasta la fecha, 4 años de postoperatorio.

Análisis del caso: Según opinión y experiencia del autor y con base en evidencias publicadas y revisadas, una mama con ptosis grado III en paciente nulípara con antecedentes de obesidad, mala calidad de cobertura y antecedentes de cirugía bariátrica, no debe ser corregida mediante abordaje perireolar para colocación de prótesis en plano subglandular ya que la pobre calidad de la cobertura cutánea, aunada al peso de la prótesis, puede producir la apa-

ración de pliegues en la piel y agravar los problemas por los cuales consultó, tales como mama flácida y caída, cono mamario aplanado y sin proyección, comunes en este tipo de pacientes con pérdida masiva de peso.

Está demostrado que en pacientes con pobre cobertura de la mama, mala calidad de piel y ptosis está más indicada una mastopexia con ubicación de los implantes en un plano retromuscular y liberación del borde inferior del pectoral, lo que permite una mejor cobertura y suspensión de la prótesis, mejora la calidad de la piel y ayuda a prevenir la aparición de pliegues en la superficie de la mama (5-7).

Caso 3. Mujer de 32 años de edad, multípara, sin antecedentes patológicos de interés, que consultó por primera vez solicitando mamoplastia de aumento por presentar flacidez y pérdida de volumen de las mamas postparto y a quien le practicaron mamoplastia de aumento vía perireolar con ubicación de implantes en plano retroglandular. Consulta con nosotros 10 meses después por resultados insatisfactorios relacionados con dilatación exagerada de las areolas y aplanamiento del cono mamario (Fig. 5 y 6). Desconoce las características de los implantes que lleva en relación a fabricante, volumen, textura y certificado de garantía.

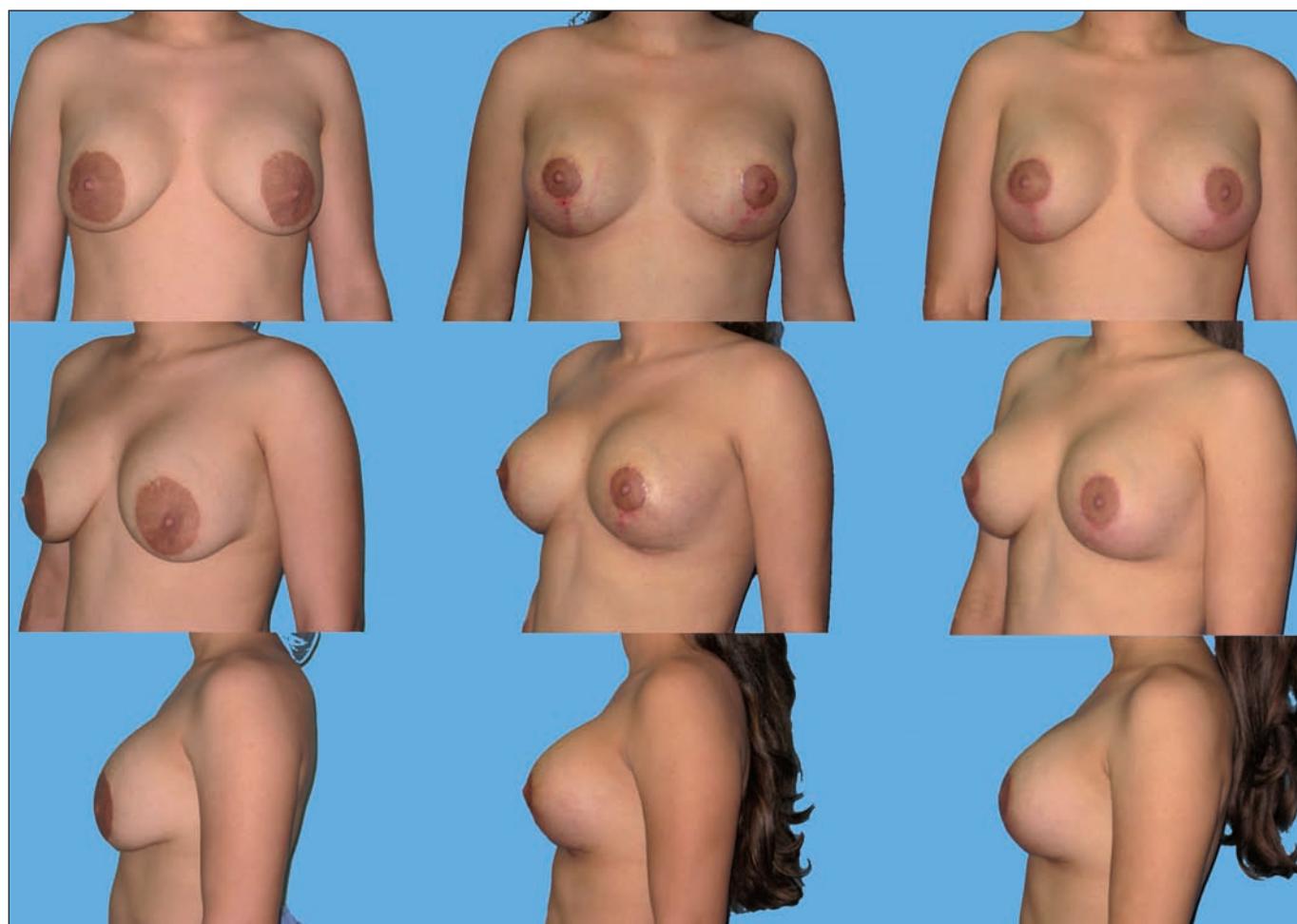


Fig. 5. Izquierda: vista frontal, oblicua y lateral de mamoplastia de aumento primaria a los 10 meses de postoperatorio. Centro: vista frontal, oblicua y lateral a los 6 meses de extracción de implantes, capsulectomía total, mastopexia vertical en J con técnica triplanar y nuevos implantes retromusculares. De- recha: vista frontal, oblicua y lateral a los 3 años de postoperatorio.

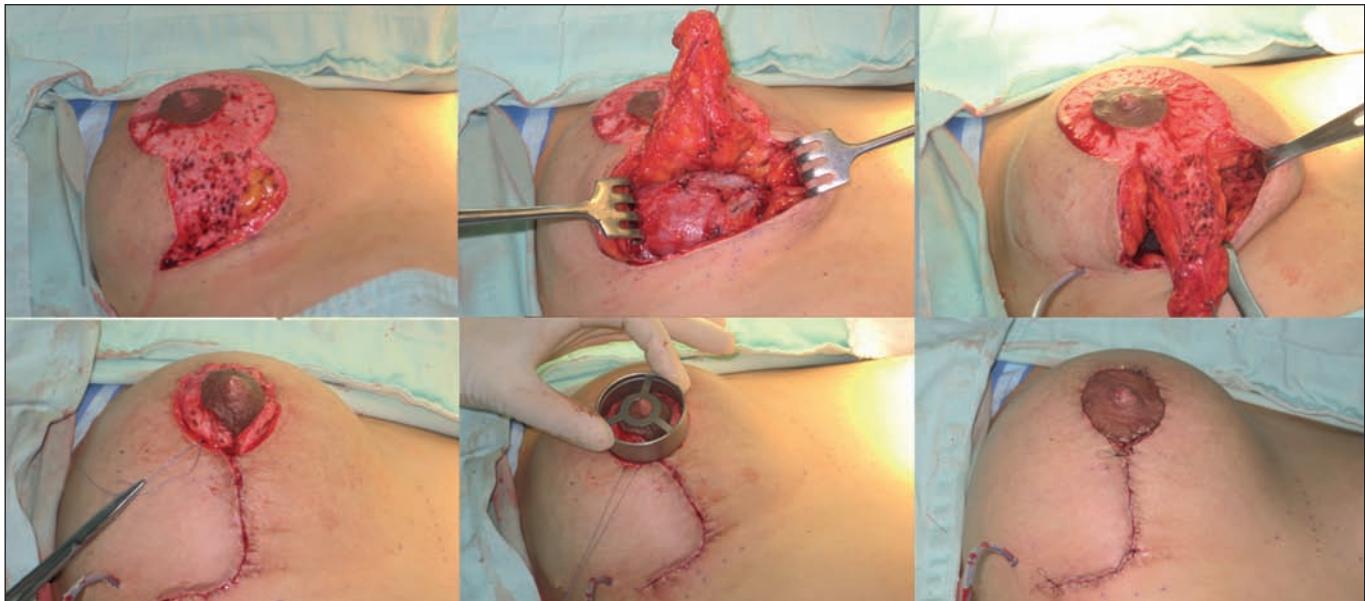


Fig. 6. Intraoperatorio: desepitilización del colgajo para abordaje, extracción de prótesis y capsulectomía. Nuevo implante retromuscular, cobertura del tercio inferior central del implante con el colgajo y cicatriz final en J. Sutura de Benelli para la areola. Aspecto final.

En el examen físico observamos mamas con piel es-
triada, cono mamario aplanado y sin proyección, cu-
adrantes superiores vacíos, diámetro de areolas ex-
cesivamente dilatado, cicatrices hipercrómicas y pér-
dida de sensibilidad.

La paciente fue reintervenida al año bajo anestesia ge-
neral practicándose extracción de prótesis íntegras de
325cc. redondas, texturizadas, marca no identificable y
capsulectomía total. Se realizó también mastopexia ver-
tical con cicatriz en J y técnica triplanar con colocación de
nuevos implantes de menor tamaño (Mentor® de 250 cc.),
redondos, texturizados, en plano retromuscular con libe-
ración del borde inferior del músculo pectoral. Protocolo
pre y postquirúrgico habitual y entrega de documentación.
Excelentes resultados y satisfacción de la paciente hasta
la fecha, 3 años de postoperatorio.

Análisis del caso: Según opinión y experiencia del
autor y con base en evidencias publicadas y revisadas, se
puede deducir que el abordaje periareolar para corregir
una mama con ptosis grado III en paciente multípara, con
pobre calidad de piel y pobre cobertura junto con la colo-
cación de implantes en posición retroglandular no logra
remodelar el cono mamario; por el contrario, puede in-
crementar su aplanamiento con caída del tejido mamario.
Es fundamental realizar la sutura areolar en bolsa de ta-
baco descrita por Benelli para prevenir la dilatación del
diámetro de las areolas a medio y largo plazo (4,6,7).

Caso 4. Mujer de 41 años de edad, multípara, sin an-
tecedentes patológicos o traumáticos de interés, que con-
sultó por primera vez solicitando mamoplastia de aumento
por presentar flacidez y pérdida de volumen de las mamas
postparto y a quien le practicaron mastopexia con técnica
vertical y colocación de implantes en plano retroglandu-
lar. Consulta con nosotros a los 7 meses de postoperatorio
por observar un aplanamiento progresivo de los

cuadrantes superiores de la mama derecha y dolor difuso
con sensación de ardor en esta zona (Fig.7 y 8). Mani-
fiesta desconocer las características de los implantes que
lleva en relación a fabricante, volumen, textura y certifi-
cado de garantía.

En el examen físico observamos cicatriz vertical pos-
operatoria, asimetría de mamas, cuadrantes superiores de
mama derecha vacíos y excavados con sensación de ardor
en la zona. Solicitamos ecografía mamaria y resonancia
magnética bilaterales observando, en la ecografía, signos
de rotura del implante mamario derecho con pérdida de
solución de continuidad de la cápsula y silicona libre al-
rededor del implante.

La paciente fue reintervenida de inmediato bajo anes-
tesia general, practicando extracción de los 2 implantes, el
derecho roto, redondos, texturizados (PIP® de 355 cc.),
capsulectomía total y limpieza del lecho en mama dere-
cha, con colocación de nuevos implantes, redondos, tex-
turizados de menor volumen (Mentor® de 250 cc.) en
plano retromuscular, mastopexia con técnica vertical reti-
rando las cicatrices antiguas. Protocolo pre y postquirú-
rgico habitual y entrega de documentación, obteniendo
excelentes resultados y satisfacción de la paciente hasta
la fecha, 3 años de posoperatorio.

Análisis del caso: Según opinión y experiencia del
autor y con base en las evidencias publicadas y revisadas,
en caso de aparición de signos clínicos de rotura de un im-
plante mamario es obligatorio ordenar exámenes radioló-
gicos tales como ecografía y resonancia magnética (RM)
a fin de verificar la pérdida de continuidad de la cápsula,
la salida del material y la presencia de siliconomas en te-
jidos vecinos o a distancia, para proceder a retirarlos en
forma inmediata y prevenir en lo posible la diseminación
de la silicona (8-11).

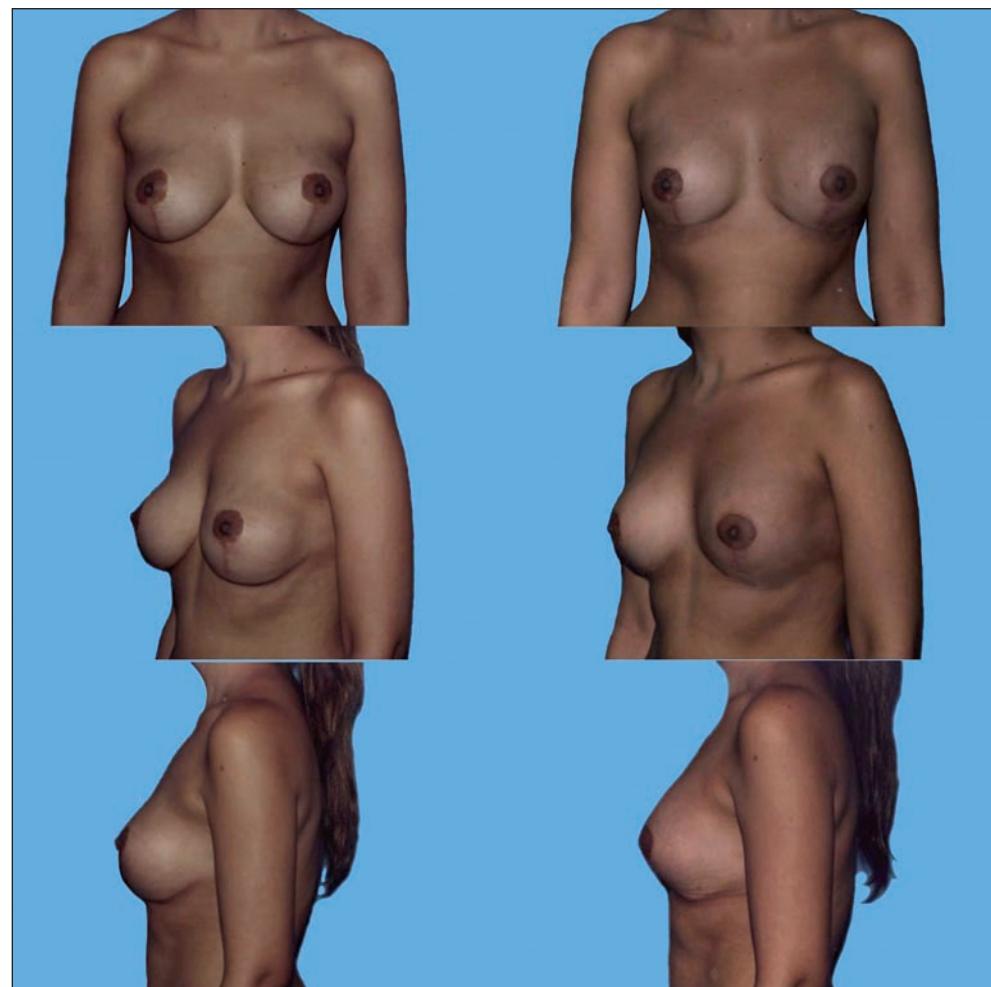


Fig. 7. Izquierda: vista frontal, oblicua y lateral a los 7 meses de mamoplastia de aumento primaria. Extracción de implantes, capsulectomía total, nuevos implantes en plano retromuscular y mastopexia vertical con exéresis de cicatrices antiguas. Derecha: vista frontal, oblicua y lateral a los 3 años de postoperatorio.



Fig. 8. Intraoperatorio con abordaje para extracción de prótesis y capsulectomía derecha. Aspecto de la prótesis rota y fragmentos de la cápsula de la mama derecha.

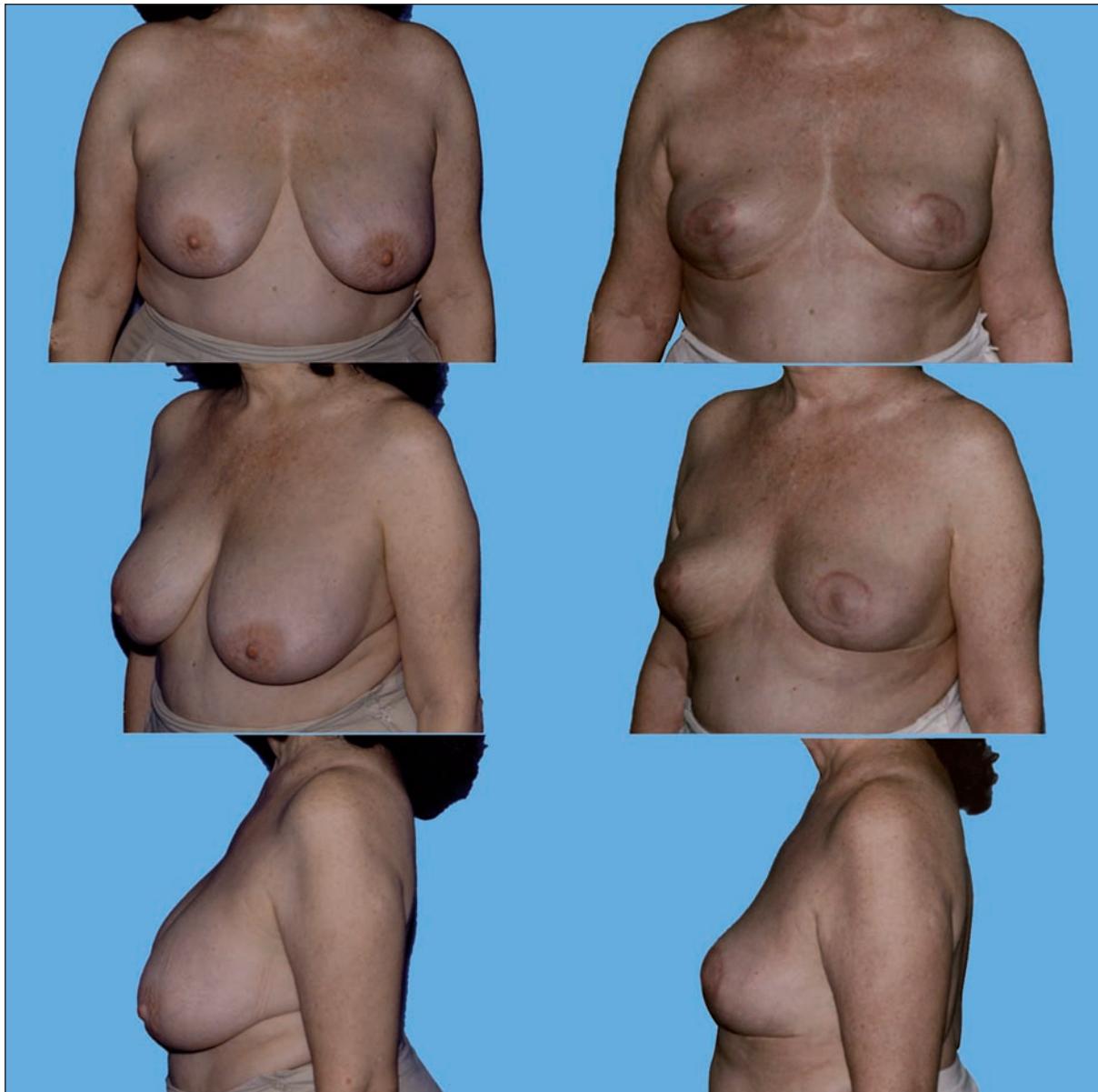


Fig. 9. Izquierdo: vista frontal, oblicua y lateral de mamoplastia de aumento primera a los 25 años de postoperatorio. Retirada definitiva de los implantes y pexia vertical. Derecha: vista frontal, oblicua y lateral a los 4 años de postoperatorio.

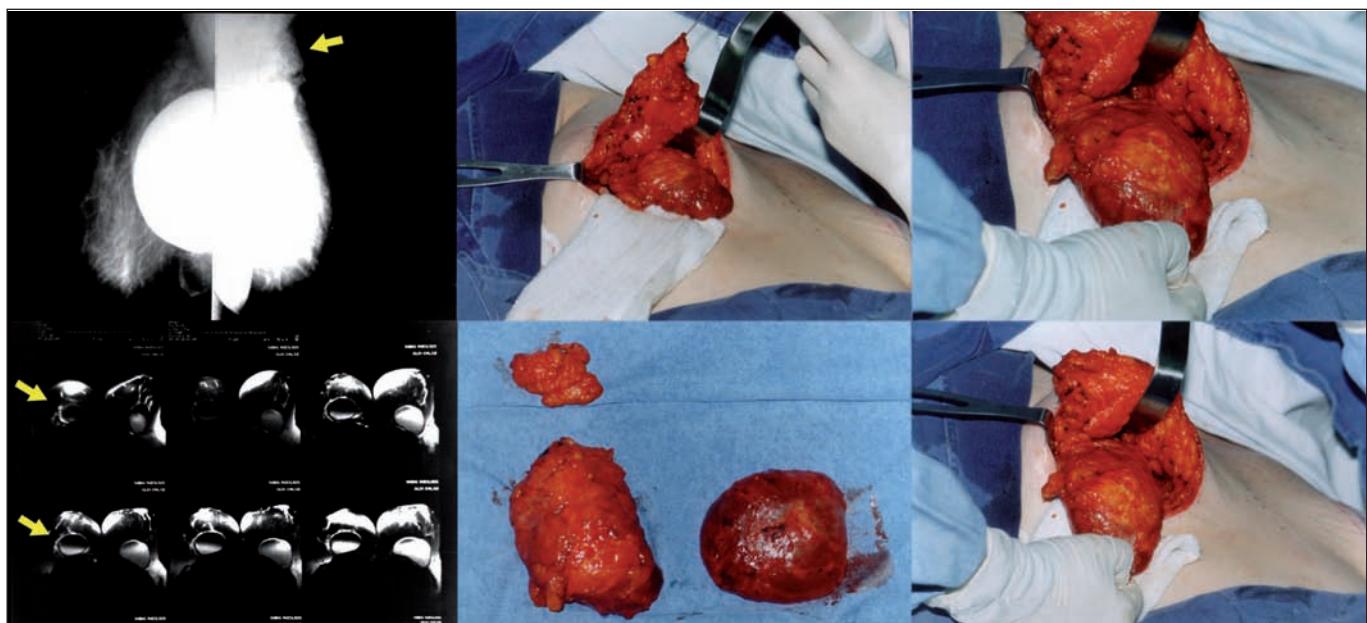


Fig. 10. Mamografía con signos de rotura de prótesis dcha. Intraoperatorio con imagen de la extracción de la prótesis derecha rota y de la capsulectomía total. Resonancia Magnética con signos de rotura de prótesis derecha. Prótesis explantadas con cápsula y siliconomas extirpados de mama derecha.

Caso 5. Mujer de 65 años de edad, multípara, sin historia familiar de cáncer de mama ni antecedentes patológicos personales de importancia; no uso hormonal actual. Consultó por primera vez solicitando mamoplastia de aumento por presentar mamas pequeñas 25 años antes y le fue realizada la intervención, por vía submamaria, fuera del país (Fig. 9 y 10). Consulta con nosotros por la aparición de múltiples nódulos en axila y mama derechas, no asociados a traumatismo, sin dolor u otra sintomatología. No tiene datos de los implantes que lleva.

En el examen físico observamos mamas asimétricas con marcada flacidez de tejidos y cicatriz submamaria de buena calidad. Se palpan nódulos múltiples, no dolorosos, en cuadrante supero-externo de mama derecha y en región axilar, que según refiere la paciente, tienen 6 meses de evolución. Ante tales hallazgos decidimos realizar ecografía y RM mamarias, visualizando en la ecografía imágenes con signo de la tormenta de nieve y de silicona libre con presencia de nódulos compatibles con siliconomas; la RM corrobora la rotura del implante derecho y la presencia de siliconomas en mama y axila del mismo lado, descartándose la presencia de focos neoplásicos en ambas mamas.

La paciente fue intervenida de inmediato bajo anestesia general, practicándose abordaje con técnica de cicatriz vertical para extracción bilateral de los implantes, el derecho roto, redondos, lisos (Mentor® de 300 cc.), capsulectomía total bilateral y limpieza del lecho en mama derecha, exéresis de siliconomas accesibles en mama y axila derechas, finalizando el procedimiento con mastopexia sin colocación de nuevos implantes. Protocolo pre y postquirúrgico habitual con excelentes resultados y satisfacción por parte de la paciente hasta la fecha, 4 años después de la intervención.

Análisis del caso: Según opinión y experiencia del autor y con base en evidencias publicadas y revisadas, la aparición de masas o nódulos no dolorosos en pacientes con historia de colocación de implantes mamarios y de edad avanzada, requiere una historia clínica detallada y un examen físico riguroso ordenando exámenes paraclínicos y radiológicos, de entre los cuales, la RM es el estudio con mayor sensibilidad para esclarecer el diagnóstico correcto y tomar las medidas terapéuticas necesarias a fin de solucionar el problema (8-11).

Es importante resaltar que el certificado de garantía expedido por los fabricantes de implantes mamarios con control de calidad riguroso, tiene un período de cobertura de 10 años, después de los cuales, se recomienda el cambio de los implantes por incrementarse las posibilidades de venamiento del material y el posible riesgo de rotura.

Caso 6. Mujer de 26 años de edad, nulípara, sin antecedentes patológicos de interés, que consultó por primera vez solicitando mamoplastia de aumento por falta de volumen de las mamas y a quien le practicaron mamoplastia de aumento vía periareolar, con ubicación de los implantes en plano submuscular (Fig. 11). Consulta con nosotros 6 meses después por resultados insatisfactorios

relacionados con un incremento de volumen a nivel de los cuadrantes internos de las mamas y de la línea media esternal, signos de fluctuación de líquido y desplazamiento de los implantes de un lado a otro del tórax, con aplanamiento de los cuadrantes externos.

En el examen físico observamos cicatriz periareolar hipercrómica con eversión del complejo areola-pezón (CAP), aumento del volumen mamario en los cuadrantes internos con pérdida de la línea intermamaria y ausencia de volumen en los cuadrantes externos de las mamas. A la palpación se detecta desplazamiento de los implantes de uno a otro hemitórax con fluctuación de líquido, hallazgos todos ellos compatibles con simmastia. Solicitamos ecografía mamaria para verificar la presencia de seroma y se confirma la presencia de líquido periprotésico en ambos lados. La paciente manifiesta haber recibido los certificados de garantía de los implantes pero dice haberlos perdido y desconoce sus características..

Practicamos reintervención quirúrgica bajo anestesia peridural alta, practicando abordaje periareolar con resección de las cicatrices antiguas, retirada de implantes de gel de silicona, redondos, texturizados, íntegros, de 355cc, (Silimed®), capsulectomía radiada y cierre de los bolsillos con puntos separados de vicryl 3-0 para separación de los hemitorax a nivel paraesternal. Se aspiró el líquido periprotésico y se envió muestra para cultivo de gérmenes con resultado negativo. La paciente rehusó la alternativa de colocación de nuevos implantes. Protocolo pre y postquirúrgico habitual con excelentes resultados en cuanto a la forma y volumen original de las mamas sin colocación de nuevos implantes; satisfacción por parte de la paciente hasta la fecha, 2 años de posoperatorio..

Análisis del caso: Según opinión y experiencia del autor y con base en evidencias publicadas y revisadas, la disección del bolsillo para colocación de implantes mamarios, cualquiera que sea el plano de ubicación de los mismos, debe planificarse guardando los límites anatómicos y las relaciones necesarias entre las dimensiones del tórax y de los implantes, a fin de lograr excelentes resultados y prevenir la simmastia. Cuando ésta aparece, se trata de un problema difícil de manejar y debe ser corregida por cirujanos con gran experiencia en el tema. Es por tanto recomendable y más fácil prevenirla, realizando una cuidadosa disección de los bolsillos (11).

Caso 7. Mujer de 24 años de edad, nulípara, sin antecedentes patológicos de interés, que consulta por primera vez con nosotros solicitando mamoplastia de aumento por presentar hipoplasia mamaria con piel y cobertura de buena calidad. Se le practicó mamoplastia de aumento vía submamaria para conservar la integridad anatómica y funcional de la glándula y de sus conductos, con colocación de implantes de gel de silicona redondos, texturizados, (Mentor® de 250cc. de volumen), en plano retroglandular. Cumplimos el protocolo pre y postquirúrgico habitual y le hacemos entrega de la documentación relativa a marca y características de los implantes utilizados (Fig. 12).



Fig. 11. Izquierda: vista frontal, oblicua, lateral y brazos elevados de resultados a los 6 meses de mamoplastia de aumento primaria. Centro: toma de medidas para la mamoplastia secundaria con resección de cicatrices, retirada de implantes, capsulotomía radiada y cierre de los bolsillos protésicos para corregir simmastia. No se colocaron implantes. Derecha: vista frontal, oblicua, lateral y brazos elevados de resultado a 2 años de postoperatorio.

La paciente regresa a control semanal sin complicaciones aparentes hasta la tercera semana del postoperatorio. En el examen físico practicado a la cuarta semana de control observamos la presencia de gran cantidad de estrías de color rojizo sobre la piel de ambas mamas, a pesar de que se trataba de implantes de volumen pequeño, por lo que no creemos indicado explantarlos. Indicamos terapia tópica con cremas antiestrías (Elancyl®- gluconato de zinc y gliconato de guanidina) para minimizar el deterioro de la piel y mejorar la coloración de las estrías. Al cabo de 2 años se logró mejorar sensiblemente el color y la anchura de las estrías.

Análisis del caso: Según opinión y experiencia del autor es necesario investigar y profundizar más sobre el problema de la aparición de estrías en pacientes sometidas a mamoplastia de aumento, especialmente en el caso de mujeres nulíparas que no han lactado, a fin de identificar posibles factores de riesgo que hoy por hoy desconocemos. A pesar de usar implantes de pequeño volumen, debemos advertir a las pacientes de que aunque tengan

buenas condiciones de piel, existe la posibilidad de aparición de estrías en el posoperatorio. Cabe preguntarse: ¿es la aparición de estrías, consecuencia de la expansión rápida a que están sometidas la piel y los tejidos blandos en este tipo de procedimiento? (12).

Caso 8. Mujer de 39 años de edad, multípara, sin antecedentes patológicos de importancia, que consultó por primera vez solicitando mamoplastia de aumento por hipoplasia mamaria, y a quien le practicaron mamoplastia de aumento vía periareolar con colocación de implantes en plano retroglandular. Consulta con nosotros 2 años después por resultados insatisfactorios relacionados con asimetría de mamas y de los CAP, dolor punzante en línea esternal y al tacto en los cuadrantes medios (Fig. 13 y 14).

En el examen físico observamos mamas deformes y asimétricas, piel de buena calidad, cicatrices periareolares y dolor punzante a la palpación en la región medial de ambas mamas. Signos de cápsula grado III. La paciente no tiene información referente a los implantes que le fueron colocados ni sobre los certificados de garantía de los mismos.

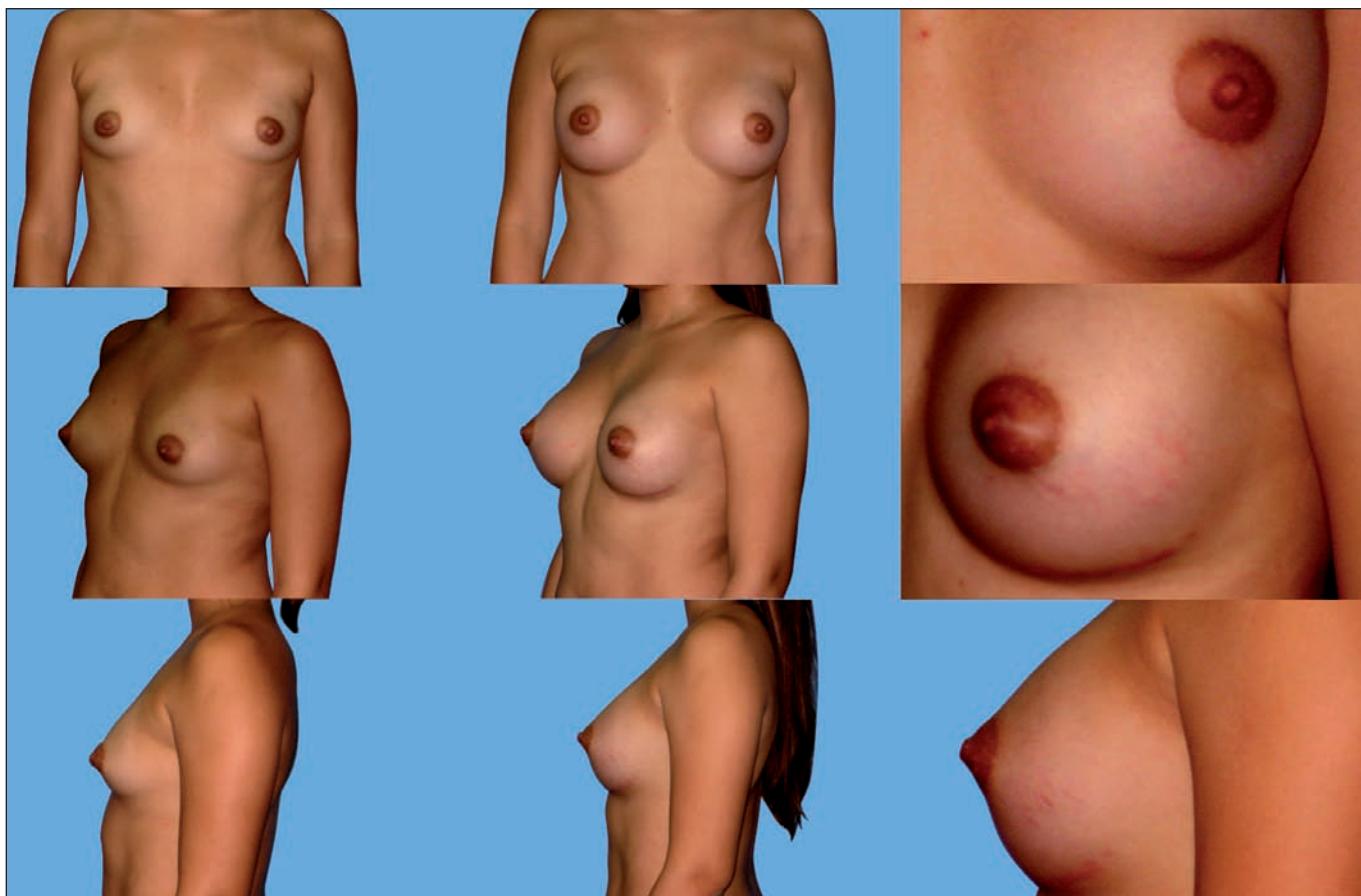


Fig. 12. Izquierda: vista frontal, oblicua y lateral de preoperatorio. Centro: vista frontal, oblicua y lateral a los 3 meses de postoperatorio. Derecha: detalle de la aparición de gran cantidad de estrías a los 4 meses de postoperatorio.

Practicamos reintervención bajo anestesia peridural practicando a través de abordaje vertical, extracción de los implantes, encontrándose prótesis de silicona íntegras, redondas, texturizadas de 400 cc. marca no identificada, con cápsula grado III, que hace que las prótesis estén deformadas en punta de lanza en zona medial y plegadas en su interior. Realizamos capsulectomía total bilateral y colocación de nuevos implantes de gel de silicona, redondos, texturizados de menor volumen (Mentor® de 300 cc.). Protocolo pre y postquirúrgico habitual y entrega de documentación de los implantes. Excelentes resultados y satisfacción por parte de la paciente tras 4 años de postoperatorio.

Análisis del caso: Según opinión y experiencia del autor, la falta de relación entre las dimensiones del implante y/o el exceso de volumen del mismo, en este caso 400 cc, con un bolsillo de dimensiones insuficientes, a los que se puede añadir la introducción de los implantes de forma forzada por una vía de acceso pequeña como es la periareolar, pueden producir dobleces o plegamiento de los implantes que explican la deformidad encontrada en los implantes extraídos y en la cápsula periprotésica, con formación de ángulos y aristas capaces de producir en la paciente dolor punzante al tacto, deformidad del cono mamario y acentuar el proceso inflamatorio. periprotésico (2,3,5,7,13).

Caso 9. Mujer de 29 años de edad, multípara, sin antecedentes patológicos de importancia, que consultó por primera vez solicitando mamoplastia de aumento por pre-

sentar hipoplasia mamaria y a quien se le practicó aumento mamario, vía periareolar con ubicación de los implantes en plano retroglandular (Fig. 15 y 16). Consulta con nosotros por asimetría mamaria y del CAP con resultado insatisfactorio. En el examen físico observamos mamas ptósicas y asimétricas, piel de buena calidad, cicatrices periareolares con marcada asimetría del CAP y signos de cápsula contractil grado III.

La paciente fue intervenida bajo anestesia peridural, practicando abordaje periareolar para extracción de implantes íntegros de 285 cc, redondos texturizados (Sili-med®), capsulectomía total bilateral y colocación de nuevos implantes más pequeños, Mentor® de 250 cc.), redondos, texturizados, No se hizo cambio de plano. Protocolo pre y postquirúrgico habitual y entrega de la documentación de los implantes explicándole la importancia de su conocimiento y conservación. A la segunda semana de postoperatorio presenta calor, dolor y aumento de volumen de la mama izquierda; manifiesta que se realiza masajes varias veces al día desde el segundo día de postoperatorio, recomendados por una amiga y vecina.

Llevamos a cabo nueva cirugía recanalizando en primer lugar a través de la vía de acceso por el punto de salida del drenaje e introducimos una sonda de Nelaton con jeringa para aspirar el líquido periprotésico, que es enviado a estudio bacteriológico; lavado del lecho y colocación de un nuevo drenaje a presión negativa durante 72 horas. y reinicio del protocolo habitual con antibióti-

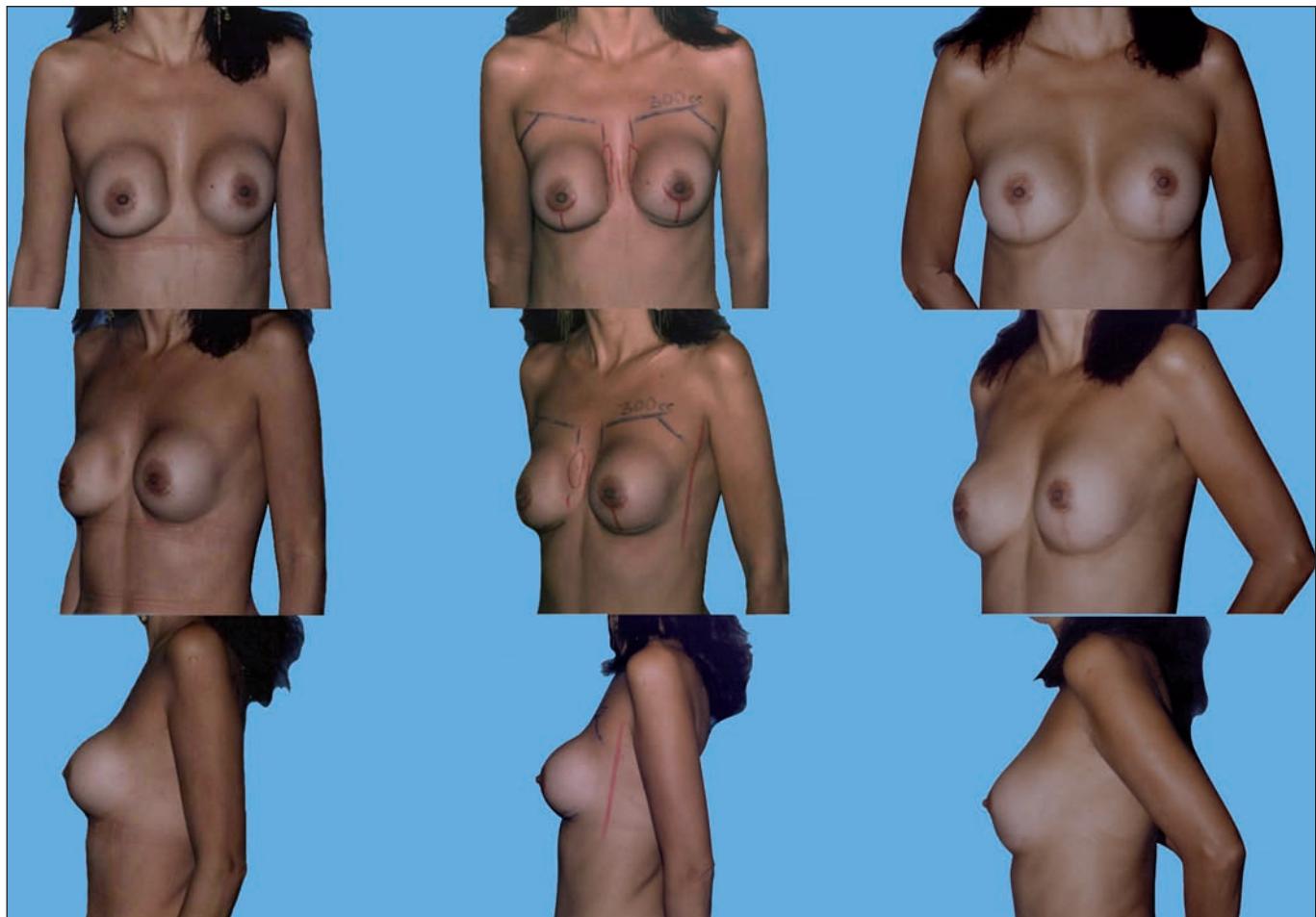


Fig. 13. Izquierda: vista frontal, oblicua y lateral a los 2 años de mamoplastia de aumento. Centro: vista frontal, oblicua y lateral de toma de medidas para diseño de bolsillo y vía de abordaje vertical. Derecha: vista frontal, oblicua y lateral a los 4 años de mamoplastia secundaria con abordaje vertical, extracción de implantes deformados por cápsula contráctil, capsulectomía total y colocación de nuevos implantes.



Fig. 14. Intraoperatorio con imágenes de las prótesis íntegras con cápsulas grado III y deformidad en punta con bordes agudos y pliegues en el interior.

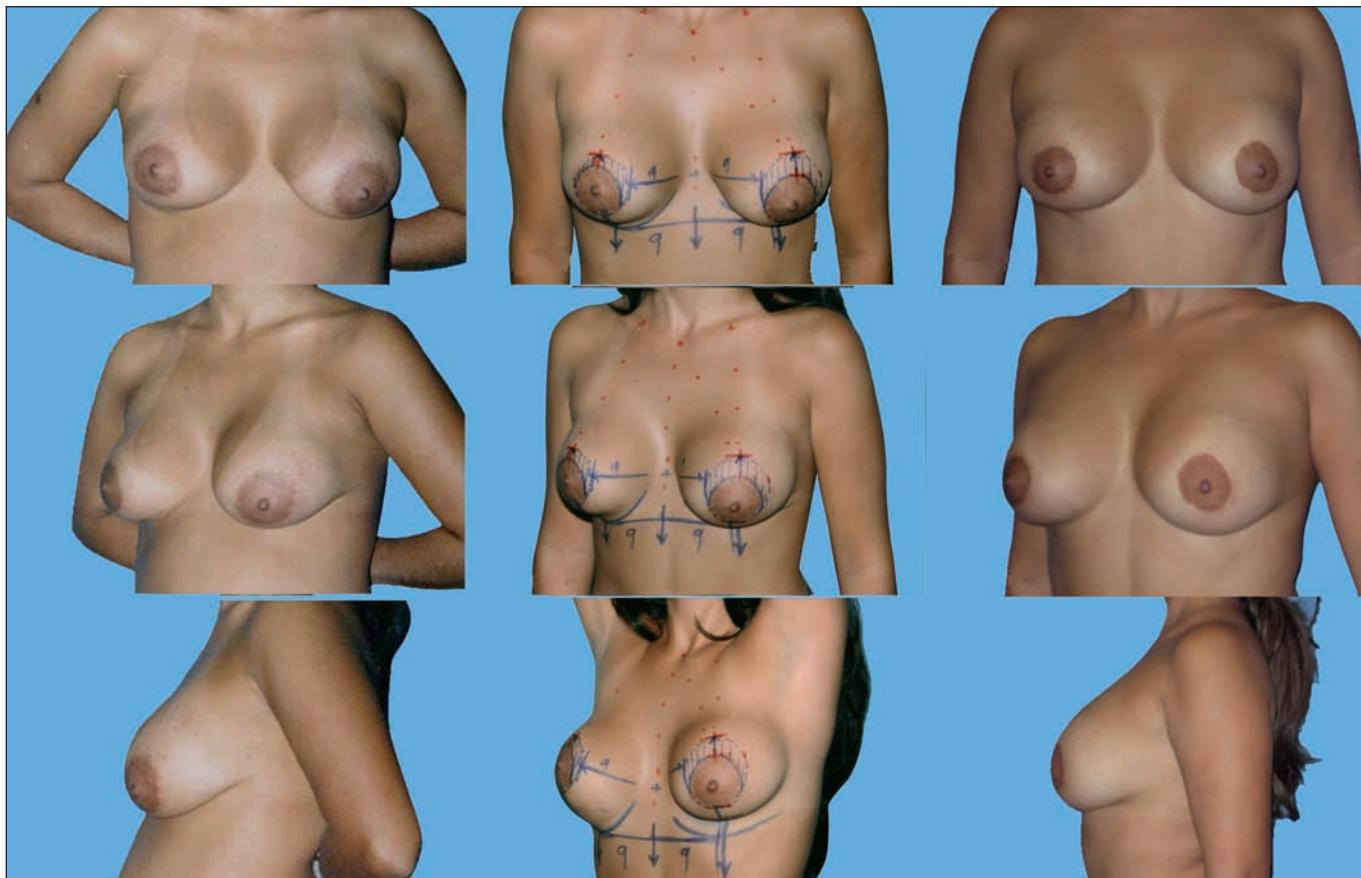


Fig. 15. Izquierda: Vista frontal, oblicua y lateral de mamoplastia de aumento. Centro: vista frontal, oblicua y lateral de toma de medidas para mamoplastia secundaria con corrección de asimetría de areolas y vía de abordaje periareolar. Derecha: vista frontal, oblicua y lateral a 4 años tras retirada de implantes, capsulectomía total y colocación de nuevos implantes en el mismo plano.



Fig. 16. Intraoperatorio a las 2 semanas aspiración con jeringa y sonda de Nélaton de seroma en mama izquierda, utilizando el orificio de salida del drenaje.

cos y antiinflamatorios que se mantuvo durante 7 días. (cefalosporina de primera generación y diclofenaco vía oral). El cultivo fue negativo y no ha habido hasta la fecha recidiva del seroma, con un resultado excelente después de 4 años de posoperatorio..

Ánalisis del caso: Según opinión y experiencia del autor y con base en evidencias publicadas y revisadas, no es recomendable la aplicación de masajes en pacientes sometidas a mamoplastia de aumento con implantes de superficie texturizada, ya que estos producen una fricción permanente entre el tejido y la superficie del implante que puede inducir un efecto “velcro” y micro-traumatismos de repetición que culminen en un proceso inflamatorio agudo y crónico, con formación de líquido periprotésico (2,3,5,7,13,15).

Caso 10. Mujer de 27 años de edad, nulípara, sin antecedentes patológicos de importancia, que consultó por primera vez con nosotros solicitando mamoplastia de au-

mento rimaria por hipoplasia mamaria y leve asimetría de las areolas y a la que se le practicó mamoplastia de aumento vía peraireolar y colocación de implantes de gel de silicona redondos, texturizados (Mentor® de 225 cc.) en plano retroglandular. Pre y postoperatorio según protocolo habitual y entrega de toda la documentación relativa a los implantes empleados. Evolución satisfactoria hasta pasados 5 meses de postoperatorio (Fig. 17 y 18).

La paciente consulta a los 6 meses por presentar dolor con aumento progresivo de tamaño de la mama izquierda, sin antecedentes de trauma hasta ese momento. Solicitamos ecografía mamaria que es informada por el radiólogo como imagen con signos de rotura del implante mamario izquierdo. En el examen físico encontramos unas mamas asimétricas, con aumento considerable de volumen de la mama izquierda, dolor a la palpación, sin rubor ni calor.

La paciente fue reintervenida bajo anestesia peridu-

ral, practicándose abordaje submamario, y encontrando abundante líquido transparente del que se toma muestra para estudio bacteriológico con resultado negativo para gérmenes. Se retira implante mamario izquierdo íntegro y se observa una cápsula grado I con fisuras, realizándose capsulectomía total del mismo lado. Lavado del implante, drenaje a presión negativa y colocación del mismo implante. Se cumple nuevamente el protocolo pre y postquirúrgico habitual, obteniendo excelentes resultados y satisfacción por parte de la paciente tras 2 años de posoperatorio, sin recidiva del seroma.

Análisis del caso: Según opinión y experiencia del autor y con base en evidencias publicadas y revisadas, la realización rutinaria de masajes en pacientes con implantes mamarios texturizados pueden ocasionar microtraumas repetidos y fisuras en la cápsula por fricción permanente entre el tejido y la superficie del implante, capaces de dar origen a seromas tardíos que pueden confundir el diagnóstico por imagen. Es por ello necesario advertir a las pacientes portadoras de implantes mamarios de los problemas que puede ocasionar la ejecución de masajes no indicados por su médico tratante (2,3,5,7,13,15).

Discusión

Los resultados analizados en la recopilación de casos que presentamos demuestran a nuestro juicio que los problemas relacionados con resultados insatisfactorios en la cirugía estética de mamoplastia de aumento con implantes pueden ser

prevenidos y corregidos si se tiene un conocimiento claro y preciso sobre las necesidades de cada paciente en particular.

Los datos obtenidos permiten agrupar los problemas analizados en base a los siguientes puntos:

Vía de acceso. La vía periareolar fue utilizada en el 60% de los casos que analizamos en condiciones que consideramos no indicadas. Según nuestra opinión, la ptosis mamaria grado III y VI requiere una mastopexia para poder remodelar el cono mamario. De igual manera, el volumen de las prótesis empleadas en los casos reseñados, colocadas por una vía de acceso pequeña, hace que sean sometidas a sobretensión o sobreesfuerzo. Por todo ello, estos casos fueron corregidos mediante mastopexia vertical con excelentes resultados hasta la fecha (1-6) (Tablas II y III).

Calidad de los implantes mamarios. La rotura espontánea de los implantes se encontró en 3 casos, en 2 de los cuales se produjo antes de terminar el primer año de postoperatorio sin registro de trauma. En 1 caso el implante presentó rotura a los 25 años de colocado, lo cual según opinión y experiencia del autor corrobora la necesidad de enfatizar en los paneles de discusión académica sobre la importancia del control de calidad de los implantes mamarios y de revisión periódica de las pacientes pasados los 10 primeros años de la intervención (7-10) (Tabla II).

Volumen. El volumen de los implantes fue mayor de 300cc en el 80% de los casos analizados y todas las pacientes solicitaron cambiar los implantes por unos de menor volumen. Solo 1 paciente con implantes menores

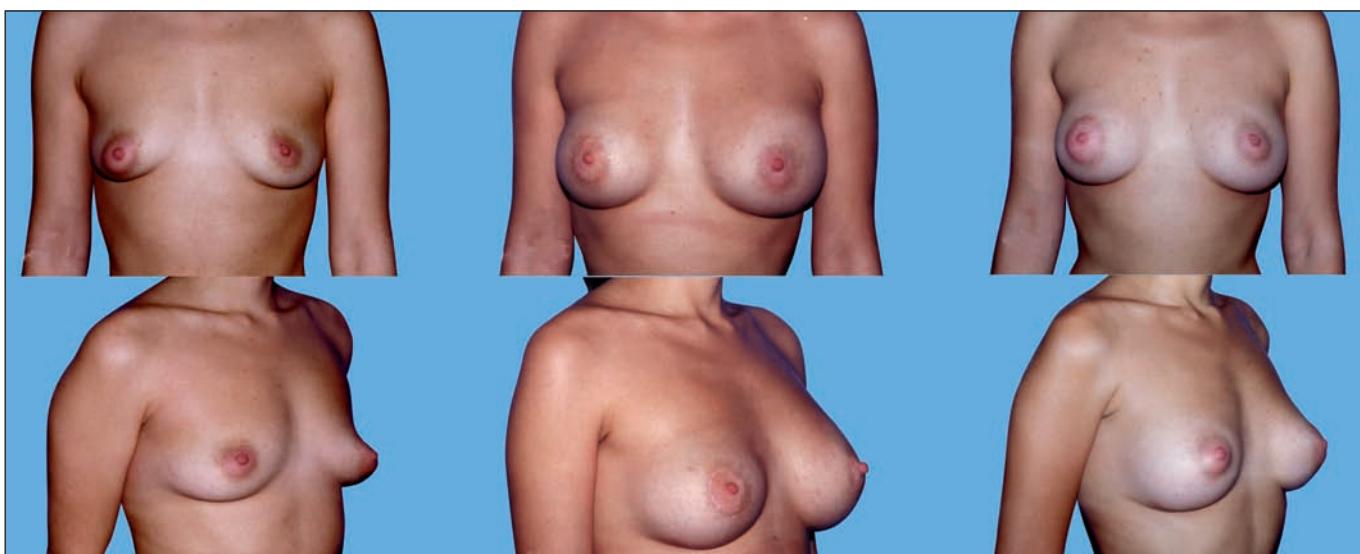


Fig. 17. Izquierda: vista frontal y oblicua de preoperatorio de mamoplastia de aumento Centro: vista frontal y oblicua a los 6 meses de postoperatorio con aumento de volumen de la mama izquierda por formación de seroma tardío. Derecha: vista frontal y oblicua a 2 años de postoperatorio.



Fig. 18. Intraoperatorio con abordaje submamario izquierdo, capsulectomía y recolocación del implante.

de 200 cc, pidió cambiar por un volumen un poco mayor, caso 11 (1,2,3,5,7,11,12) (Tabla II).

Contractura capsular. Este problema se encontró en todas las pacientes, de las cuales el 85% eran asintomáticas grado II y el 15% eran grado III. En todos los casos se practicó capsulectomía total y cambio de los implantes, excepto en los casos 7 y 12, por aparición de estrías, que no requirieron cirugía secundaria sino tratamiento tópico, en el caso 6 por aparición de sinmastia al que se le practicó capsulotomía (1,2,3,5,7,13,15) (Tabla III).

Garantía del fabricante. Cabe anotar que la gran mayoría de las pacientes (10 de los casos que representan el 66% del total), no tenían información referente a las características de los implantes que les habían sido colocados, ni sabían nada acerca del certificado de garantía, a lo cual se debe añadir que 6 de las pacientes tenían colocados implantes con ausencia total de información del fabricante impresa en su cubierta, lo cual refleja una gran debilidad en la falta de información adecuada sobre el producto.

Creemos que esta falta de información adecuada y suficiente del producto al paciente, radica en una insuficiente educación tanto para médicos como para pacientes y fabricantes sobre la responsabilidad compartida que a todos nos concierne en relación con los productos sanitarios que llegan a nuestras manos.

Urge por tanto promover una cultura de orden, ética y respeto entre fabricantes, médicos y pacientes a este respecto.

Señalar también que en la documentación revisada no hemos encontrado publicaciones con niveles de evidencia suficientes que permitan afirmar que existen implantes con garantía de por vida. La garantía de por vida a la que se refieren los representantes y distribuidores de los productos se refiere a la materia de base del producto de silicona, cuya vida promedio es de 10 años. Esto fue analizado y discutido recientemente en la ciudad de Bogotá con algunos representantes de los nuevos implantes que en la actualidad empiezan a ser comercializados en algunos países bajo el atractivo de “garantía de por vida” (7-10,13-15) (Tablas I y II).

Conclusiones

A pesar del incremento significativo de pacientes que se someten a cirugía estética de aumento mamario con implantes de silicona y de los avances logrados en materia de control de calidad por parte de los fabricantes, seguimos observando un vacío en la unidad de criterio para encarar los problemas secundarios a este procedimiento y se hace por tanto evidente la necesidad de fomentar el desarrollo de investigaciones con alto nivel de evidencia a través de universidades, sociedades científicas y organismos gubernamentales, que permitan cuantificar las secuelas de este tipo de cirugía para poder clasificarlas y ofrecer alternativas de solución.

Agradecimiento

Deseo expresar mis sinceros agradecimientos por el invaluable apoyo recibido de mi grupo de colaboradores, las estudiantes de pregrado de la Facultad de Medicina de la Uni-

versidad de Cartagena, Diana Nossa Martínez, Betty Palacio Babilonia, Eileen Maza Monroy y de mi sobrino Luis Carlos Berrocal Almanza, Bacteriólogo, con Maestría en Salud Internacional, quién se encuentra realizando estudios de Doctorado en la Universidad Freie de Berlín, Alemania, cuya decidida colaboración, entusiasmo e interés, hicieron posible la culminación exitosa de este proyecto de investigación.

Dirección del autor

Dra. Manuela Berrocal Revuelta

Centro Médico Bocagrande, Of. 3, Piso 1
Cartagena, Colombia.

e-mail: manebe@une.net.co

Bibliografía

1. Moreno G., I., Rivera P., M.: Mastopexia y Prótesis – Revisión a los 5 años. *Cirplást. iberolatinoam.* 2010; 32(2) : 107.
2. Codner, M. A., Cohen, A. T., and Hester, T. R.: Complications in Breast Augmentation: Prevention and Correction. *Clin. Plast. Surg.* 2001. 28(3): 587.
3. Cihat N., Fatih P., Turgut O., Omer Senoz., Namik K. Unsatisfactory Results of Periareolar Mastopexy With or Without Augmentation and Reduction Mammoplasty: Enlarged Areola With Flattened Nipple. *Aesth. Plast. Surg.* 2001; 25:286.
4. Ventura, O. D., Rosati, R. E., Marino, H., Marcello, G.: Mamoplastia de Aumento en doble plano: Una alternativa subfascial en la optimización de las indicaciones. *Cirplást. iberolatinoam.* 2008; 34 (4): 249.
5. Brody G.: Breast implant size selection and patients' satisfaction. *Plast.Reconst.Surg.* 1981; 68(4) : 611.
6. Medard V., Balaguer T., Chignon B., Lebreton E.: Double Breast Contour in Primary Aesthetic Breast Augmentation. *Annals of Plastic Surgery.* 2010; 64(4): 390.
7. Wiener T.: Relationship of Incision Choice to Capsular Contracture. *AesthPlast Surg.* 2008; 32: 303.
8. Kaufman et al.: Silicone migration to the contralateral axillary lymph nodes and breast after highly cohesive silicone gel implant failure: A Case Report”. *Cases Journal.* 2009; 2: 6420.
9. Amorrotu, J., Gonzalez de Vicente, R., Gallo, S., Folch, J., Gonzalez,R.: Doctor, tengo un bullo en la axila. Adenomegalia siliconomatosa postmamoplastia de aumento. A propósito de 8 casos. *Cir. plást. iberolatinoam.* 2010; 36 (2): 115.
10. Susumu Takayanagi: Analysis of 30 Breast Implant Rupture Cases. *Aesth. Plast. Surg.* 2005; 29: 470.
11. Spence, R. J., Feldman, J., Ryan, J. Synmastia: The problem of medial confluence of the breasts. *Plast. Reconstr.Surg.* 1984; 73(2): 261.
12. Georgeanna H., Clare Y., Dan M: Striae Distensae as a Complication of Augmentation Mammoplasty. *Plast. Reconstr. Surg.* 2008; 122(2): 90.
13. Chin-Ho,W., Miny,S., Bien-Keem,T., Colin,S.: Capsular Contracture in Subglandular Breast Augmentation with textured versus smooth Breast Implants: A systematic review. *Plast. Reconstr. Surg.* 2006; 118(5): 1224.
14. Castillo P., Prado A., Troncoso A., Villamán J.: Abordaje Areolar en Mamoplastia de Aumento. *Cir. plást. iberolatinoam.* 2007; 33 (2) : 91.
15. Vázquez, G., Audoin F., Pellón A.: Los microtraumatismos como etiología de seromas tardíos en la mamoplastia de aumento. *Cir. plást. iberolatinoam.* 2011; 37 (3) : 215.

Comentario al artículo “Mamoplastia de aumento secundario. Evaluación de problemas, resultados insatisfactorios y alternativas de solución”

Dr. Guillermo Peña Cabús

Cirujano Plástico. Práctica privada. Director del Capítulo de Biomateriales de la FILACP 2002-2012
San Pedro Sula, Honduras

Resultó una agradable sorpresa que la Directora de nuestra Revista me encomendara el comentario al artículo más reciente de la Dra. Manuela Berrocal. El formato extenso del artículo se justifica por la tan amplia como acertada presentación clínica. Cada caso cuenta con análisis y reflexión individualizada que ejemplifica problemas diversos y muy particulares, aportando una clara y útil información estadística de un período de 5 años bastante reciente y 15 casos en un universo de 230 pacientes.

Coincido completamente con el manejo establecido en cada caso. Encontramos información de mucho interés práctico: llama la atención que el 80% de las pacientes consideraron que portaban implantes de excesivo tamaño y requirieron reimplantación, pero con menor volumen. Como se menciona, esto probablemente sea debido a cirujanos complacientes y constituye un problema que se está convirtiendo en frecuente. Si la formación de la cavidad quirúrgica excede los márgenes del diámetro posible de implantación en la pared torácica, también se corre el riesgo de lesionar la inervación de la glándula, lo que conduce a un envejecimiento prematuro de la mama secundario a atrofia por denervación, con flacidez excesiva.

También es responsabilidad del cirujano la selección de la calidad del material a implantar. Una aparente buena oferta comercial no necesariamente va unida a una adecuada calidad sostenida de fabricación. La acertada selección del material es un deber para con los pacientes.

Recientemente la crisis de los implantes mamarios PIP® (Poly Implant Prothèse, Francia) ha desatado una alarma mundial por el uso de implantes producidos con fallos considerables, recientemente detectados. Considero que es difícil encontrar justificación para que un cirujano que está obligado a conocer lo que hace y utiliza, seleccione de manera consciente material biomédico de riesgo. En las condiciones actua-

les tanto social como legalmente, quien lo hizo así, se posiciona por sí mismo en una situación inevitable de vulnerabilidad personal sin sustentación alguna. Pudiera existir también alguna nueva situación similar tanto con otras nuevas como anteriores marcas que no han demostrado alcanzar y/o superar las pruebas de calidad necesarias. Debe haber una responsabilidad por parte del cirujano que está obligado a seleccionar la técnica adecuada y por supuesto, a ejecutarla correctamente.

De las pacientes del estudio, 10 de las 15 presentaban abordaje periareolar y esto también obliga a la reflexión. También vemos casos de mamoplastias secundarias por deformidades en las mamas, bandas, indentaciones y desplazamiento céfálico de los implantes. Todas estas desagradables consecuencias podrían evitarse por completo con la denervación funcional de la porción más móvil del músculo pectoral, la caudal (1).

Finalmente quiero llamar la atención acerca de la microbiología por colonización que invariablemente está presente tanto en la dermis como en la glándula mamaria. Su manejo correcto también incluye el uso de antiséptico diluido, alejarse de los planos anatómicos de las rutas linfáticas y neutralizar las cargas electroestáticas generadas (2).

Bibliografía

1. **Peña Cabús G.:** Colocación transpectorala superior de implantes mamarios. Relevancia técnica y anatómica. *Cir plást latinoam.* 2008; 34(4): 259.
2. **Peña Cabús G.:** Influencia de las cargas triboeléctricas y de la contaminación sintomática de implantes. *Cir plást latinoam.* 2007; 33(4): 209.

Respuesta al comentario del Dr. Peña Cabus

Dra. Manuela Berrocal

Agradezco sinceramente a mi buen amigo y colega el Dr. Guillermo Peña Cabús su objetivo y enriquecedor comentario en relación a mi trabajo y comparto con él, la enorme responsabilidad que nos asiste como médicos a la hora de escoger o recomendar una técnica que “está de moda” pero no está indicada para la paciente; también en lo que respecta a los materiales que utilizamos, cuando las apreciaciones de calidad se basan en bajo costo y no en una reconocida trayectoria de los productos. Sin embargo, el infeliz caso reciente de los cambios de contenido realizados en los implantes PIP® por parte del fabricante, pone en evidencia la debilidad e impotencia de los médicos cuando creemos de buena fe en la calidad de dichos productos. El médico no es el profesional responsable del control de calidad de lo que se comercializa a nivel mundial, pero sí es deber del Estado en cada país, verificar la calidad de los mismos mediante análisis rigurosos de todo lo que

se fabrica o importa para uso médico. ¡Ojo! Es apresurado creer lo que se afirma ahora sobre períodos de garantía, ya que no existen en el mercado implantes con garantía de por vida.

La mamoplastia de aumento con implantes de silicona produce grandes satisfacciones al término del procedimiento y en algunos casos, grandes decepciones con el tiempo, razón por la cual debe plantearse siempre la posibilidad de reintervención pasados los primeros 10 años.

En mi modesta opinión, el sentido del arte en mamoplastia de aumento radica en mantener una adecuada relación o proporción entre el tamaño del tórax y las dimensiones del implante.

Es mi deseo que esta pequeña muestra del trabajo en referencia, nos invite a reflexionar sobre el grado de satisfacción de las pacientes con los resultados obtenidos, no solo en el postoperatorio inmediato, sino también a medio y largo plazo.