

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana

ISSN: 0376-7892

ciplaslatin@gmail.com

Sociedad Española de Cirugía Plástica,

Reparadora y Estética

España

Cervilla-Lozano, J.M.

Lipoestructura mamaria y ptosis

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, vol. 40, núm. 4, octubre-diciembre, 2014, pp. 369-376

Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365537885003>

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

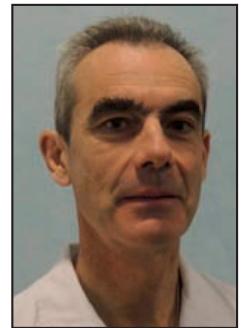


Sistema de Información Científica

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

Lipoestructura mamaria y ptosis

Mammary lipostructure and ptosis



Cervilla-Lozano, J.M.

Cervilla-Lozano, J.M.*

Resumen

Desde hace varios años observamos un hecho que ocurre tras la infiltración grasa de la mama, y que es la ptosis o caída de la mama que tiene lugar 2 o 3 meses después de la intervención.

Intentamos explicar este fenómeno por la ruptura y elongación de los ligamentos suspensorios de Cooper que tendrá consecuencias directas en los resultados. Este hecho produce una mayor ptosis en la mama madura, pero por el contrario supone un buen resultado en la mama tuberosa, ya que la ptosis provocada es la causa del relleno del polo inferior, principal problema de este tipo de mama.

Consideramos en este artículo la técnica de lipoestructura mamaria y la elección del tipo de cánula a utilizar para la infiltración. Mostramos 2 ejemplos prácticos y un cuadro resumen de las indicaciones de la técnica.

Tras años de experiencia en lipoestructura mamaria, pensamos que no es una técnica aplicable en todos los casos y que para obtener buenos resultados con ella es imprescindible elegir la mejor indicación para cada paciente.

Abstract

From some years we are watching a fact after fat grafting in breast; it's the ptosis or mammary fall 2 or 3 months after surgery.

We try to explain this fact by rupture and elongation of Cooper suspensory ligaments that would directly impact in final results. This phenomenon produce more ptosis in mature breast, but a nice result in tuberous breast because this ptosis fills the lower mammary pole, main problem in these type of breast.

In this paper, we take on consideration the technic of lipostructure and the selection of the infiltration canulae, and we present 2 practical cases and a resume of technical indications for every case.

Now, after some years of experience in mammary lipostructure, we think that this is not a technique for all cases, and in order to get good results, it's necessary to considerer the optimal indication for every patient.

Palabras clave Lipoestructura mamaria.
Injerto graso mamario,
Ptosis mamaria, Mama tuberosa.

Nivel de evidencia científica V

Key words Mammary lipostructure,
Mammary fat graft,
Mammary ptosis, Tuberous breast.

Level of evidence V

* Especialista en Cirugía Plástica Estética y Reparadora, Práctica privada. Clínica Cermar y Hospital Infanta Luisa, Sevilla, España.

Introducción

Tras 6 años realizando técnicas de infiltración grasa hemos podido observar un fenómeno más o menos acusado que consiste en que, tras la lipoestructura mamaria, es frecuente observar la aparición de un cierto grado de ptosis de la mama infiltrada. Este hecho se hace más evidente en aquellas mamas que ya tenían una ligera ptosis inicial, es decir, en mamas maduras, pudiendo acarrear resultados inesperados para el cirujano e insatisfactorios para la paciente. Sin embargo, hemos de señalar que en mamas con déficit de polo inferior, tipo mamas tuberosas, esta ptosis secundaria a la lipoestructura conlleva unos resultados excelentes al provocar el relleno de la zona de mayor defecto.

Tras revisar la literatura médica al respecto no hemos encontrado autores que hagan referencia explícita a este efecto que comentamos y que vamos a desarrollar en este artículo, si bien es verdad que Delay (1) hace referencia recientemente a las ventajas del injerto de grasa para la corrección de la mama tuberosa frente otro tipo de técnicas que emplean implantes mamarios al conseguir mejor proyección en el polo inferior, hecho que también remarcábamos nosotros en publicaciones anteriores (2).

La infiltración de grasa en Cirugía Plástica se remonta a 1893 con Neuber (3). En mama no es una técnica nueva, puesto que ya en 1895 Czerny (4) practicó el primer injerto graso en mama del que tenemos noticia. Tras él fueron muchos otros autores, tales como Lexer, May, Bames, Peer, etc., hasta la llegada de Coleman (5), cuya principal aportación fue la colocación del injerto graso en pequeñas cantidades, introduciendo el concepto de lipoestructura que mejora ostensiblemente la supervivencia del injerto. En una publicación anterior (6), hemos recogido la historia del uso y variaciones de esta técnica.

Es nuestra intención que este trabajo, fruto de las observaciones extraídas de nuestra experiencia, ayude a aclarar conceptos a la hora de realizar las indicaciones de la técnica de lipoestructura mamaria, para lo cual describiremos y comentaremos nuestra metodología, aplicaciones, y finalizaremos con una propuesta de selección de indicaciones, puesto que creemos que de una buena indicación dependerá el obtener un buen resultado.

Material y método

Entre 2008 y 2013 hemos practicado la técnica de lipoestructura mamaria en un total de 56 pacientes, de las cuales, en 42 realizamos 2 tiempos quirúrgicos para lograr el resultado final.

Nuestra curva de aprendizaje fue más lenta en los 2 primeros años, y por tanto el número de pacientes intervenidas en ese periodo fue menor por prudencia; posteriormente, viendo la utilidad de la técnica, la aplicamos en todo tipo de pacientes obteniendo resultados dispares

respecto a satisfacción tanto de pacientes como de cirujano. Esto hizo que poco a poco fuéramos más selectivos en las indicaciones: en la actualidad, no infiltramos más de 250 ml. de grasa por mama y sesión y nunca en pacientes mayores de 40 años, como detallaremos más adelante.

Empleamos para la infiltración de grasa en mama la misma técnica que para una lipoestructura convencional. Utilizamos cualquier zona donante sin excepción, practicamos aspiración a baja presión (inferior a 0,6 bar), y centrifugamos el injerto para obtener un infiltrado de mayor calidad. El tiempo de centrifugado es de 3 minutos.

Para la infiltración de la grasa seguimos escrupulosamente la técnica de lipoestructura definida por Coleman (7), con detalles técnicos que hemos presentado en anteriores publicaciones (6), infiltrando en todos los planos: subcutáneo, parenquimatoso y fascial-subfascial. Habitualmente empleamos 3 puntos de entrada a modo de triángulo invertido y, como hemos comentado, nunca infiltramos más de 250 ml de grasa por mama y sesión.

En casos de mamas tuberosas y pseudotuberosas, realizamos con frecuencia junto a la primera infiltración técnica de rigottomia (8),

Empleamos presoterapia postoperatoria durante 3 semanas, tanto en las zonas donantes como en la mama, así como masaje de drenaje linfático manual. Prescribimos antibioti-coterapia y analgesia postoperatoria en todos los casos.

Realizamos seguimiento postoperatorio hasta 1 año y medio después de la intervención, siguiendo el siguiente plan: mamografía a los 6-8 meses de la primera infiltración y ecografía a los 18 meses.

RESULTADOS

Las complicaciones observadas en nuestro grupo de pacientes han sido mínimas; lo más habitual, inflamación y hematomas durante las primeras 3 semanas. No hemos tenido ningún caso de infección o mastitis, solo 1 quiste oleoso por necrosis parcial del injerto graso en una mama con déficit muy importante de polo inferior, secundario a sobreinfiltración de la zona. Solucionamos el problema mediante punción con aguja fina de 23G y drenaje.

En el seguimiento por imagen hemos detectado muy pocas alteraciones significativas del patrón mamográfico a corto y a largo plazo.

Como ilustración de resultados y de los efectos ptósicos que queremos presentar, incluimos en este apartado las imágenes de 2 pacientes: una correspondiente a una mama madura (Fig. 1) y otra a una mama tuberosa (Fig. 2) en la que además de la infiltración grasa realizamos pexia periareolar.

Discusión

El tejido conectivo de la mama, ligamentos suspensorios de Cooper, se extiende desde la fascia profunda de la dermis y transcurre a todo lo ancho del parénquima mamario, adhiriéndose a la dermis de la piel suprayacente.



Fig. 1. Pre y postoperatorio a los 6 meses de lipoestructura en mama madura: 250 ml de grasa por mama en un solo tiempo quirúrgico. Aumento de volumen y aumento de la ptosis mamaria.



Fig. 2. Pre y postoperatorio a los 8 meses de lipoestructura y pexia periareolar en mama tuberosa en 2 tiempos quirúrgicos de 250 ml de grasa en cada uno y por cada mama.

cente. Estos ligamentos suspensorios también alcanzan la capa posterior de la fascia superficial y se conectan con la fascia muscular profunda.

Debido a que estas uniones profundas no están tensas, permiten la movilidad mamaria sobre la fascia profunda durante el movimiento y la actividad habitual. Estos ligamentos suspensorios pueden elongarse de manera natural por el embarazo, la lactancia, la edad y las fluctuaciones de peso. Esta pérdida de la elasticidad por elongación o la ruptura de este tejido conectivo contribuyen a la aparición de ptosis mamaria (9).

La lipoestructura mamaria correctamente ejecutada consiste en depositar pequeñas cantidades de injerto graso convenientemente distribuidas en todos los planos

de la mama. Para ello, hay que realizar un número alto de pases con la cánula de infiltración. Calculando que aproximadamente realizamos entre 30 a 40 punciones-pase por cada 10 ml de grasa que infiltramos, esto supone, para una infiltración de 250 ml. de grasa por mama, un total de entre 750 a 1.000 punciones-pase por mama en los diferentes planos en los que se encuentran los ligamentos suspensorios de Cooper.

Si bien las cánulas empleadas para este fin no son cortantes, en la mayoría de los casos el choque continuo de las mismas con la estructura ligamentosa puede, y de hecho a nuestro juicio lo hace, provocar daño por ruptura y elongación de dichos ligamentos, que a veces se recuperarán y otras veces no en función de las características

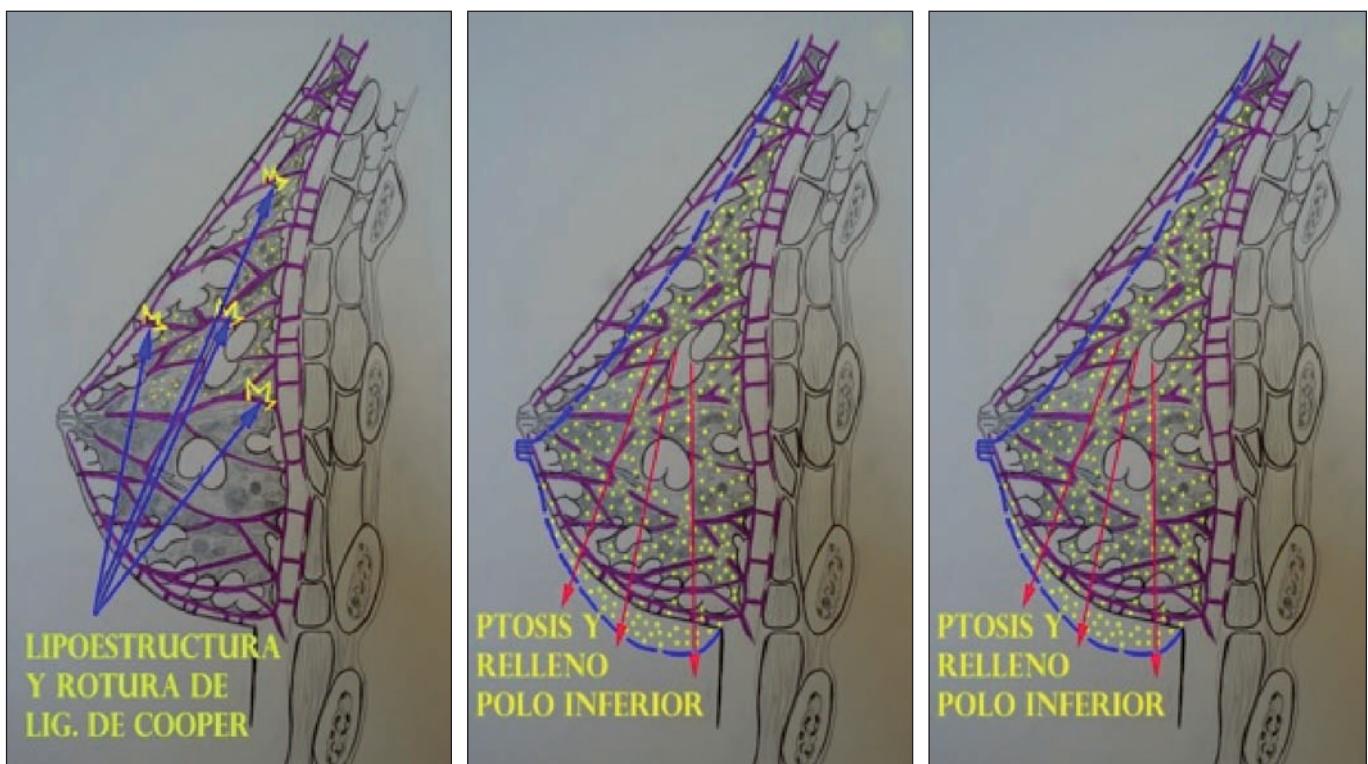


Fig. 3. Lipoestrucción en mama madura o ligeramente ptósica. A y B: Efectos del procedimiento quirúrgico. C: Resultado final.

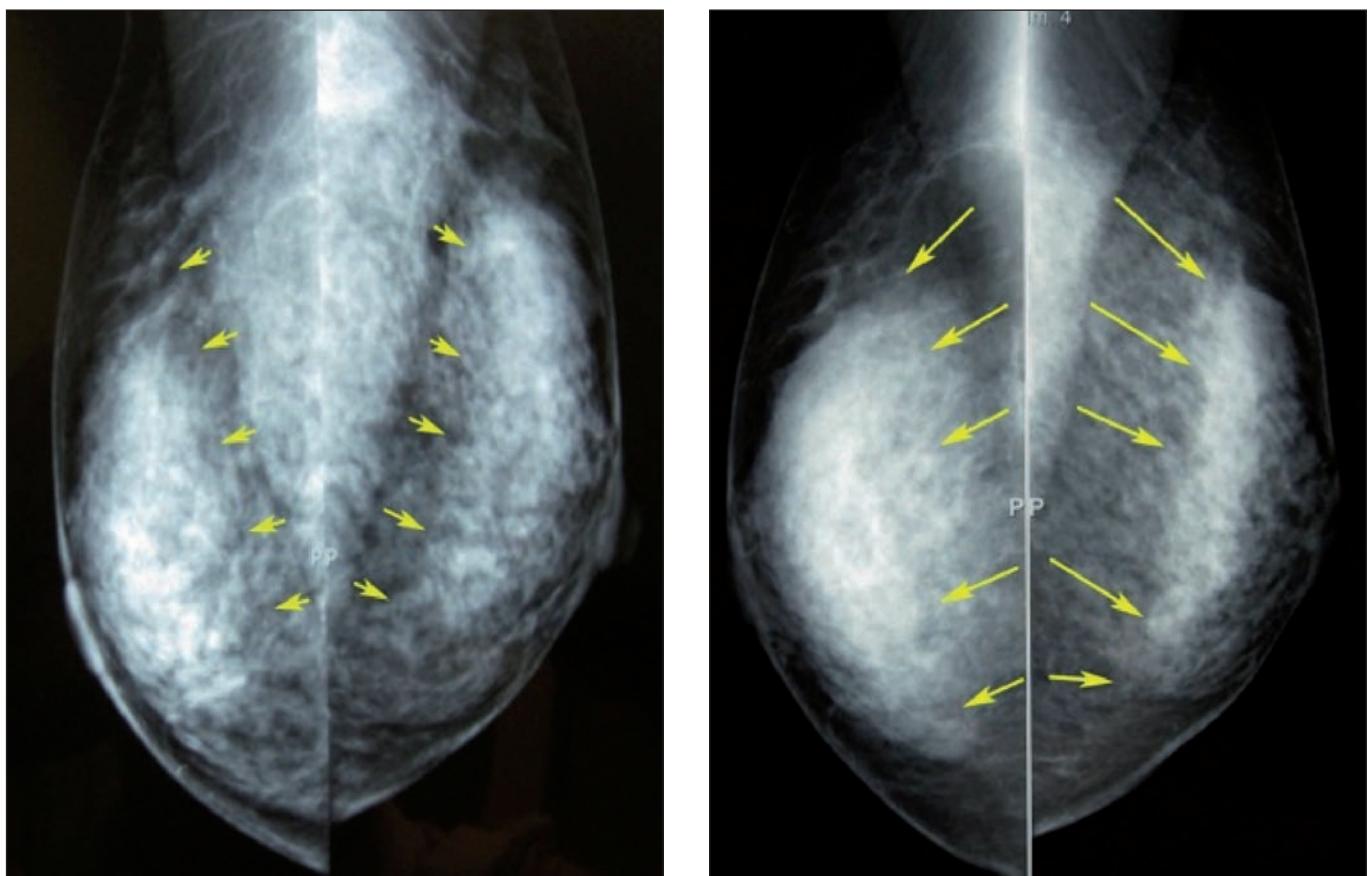


Fig. 4. Imagen mamográfica pre y postoperatoria a los 6 meses de lipoestrucción con infiltración de 250 ml. de grasa. Obsérvese la separación del parénquima glandular desde el plano fascial.

propias de cada paciente tales como edad, elasticidad, capacidad de cicatrización, etc.

Gracias a la experiencia hemos podido constatar que cuando pretendemos llenar el polo superior de una

mama madura mediante infiltración grasa, no solo no lo conseguimos en la mayoría de las ocasiones, sino que además, a los pocos meses, esa mama parece aun más ptósica (10) (Fig. 3). Incluso en ocasiones, ante la sor-

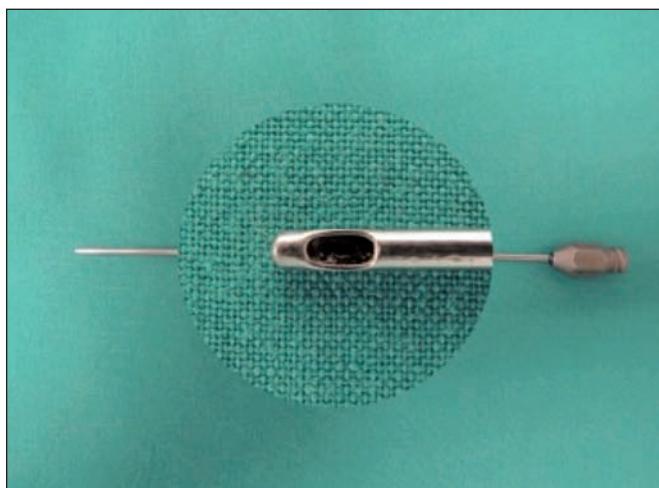


Fig. 5. Cáñulas redondas tipo Coleman y cáñulas espatuladas tipo Khouri.

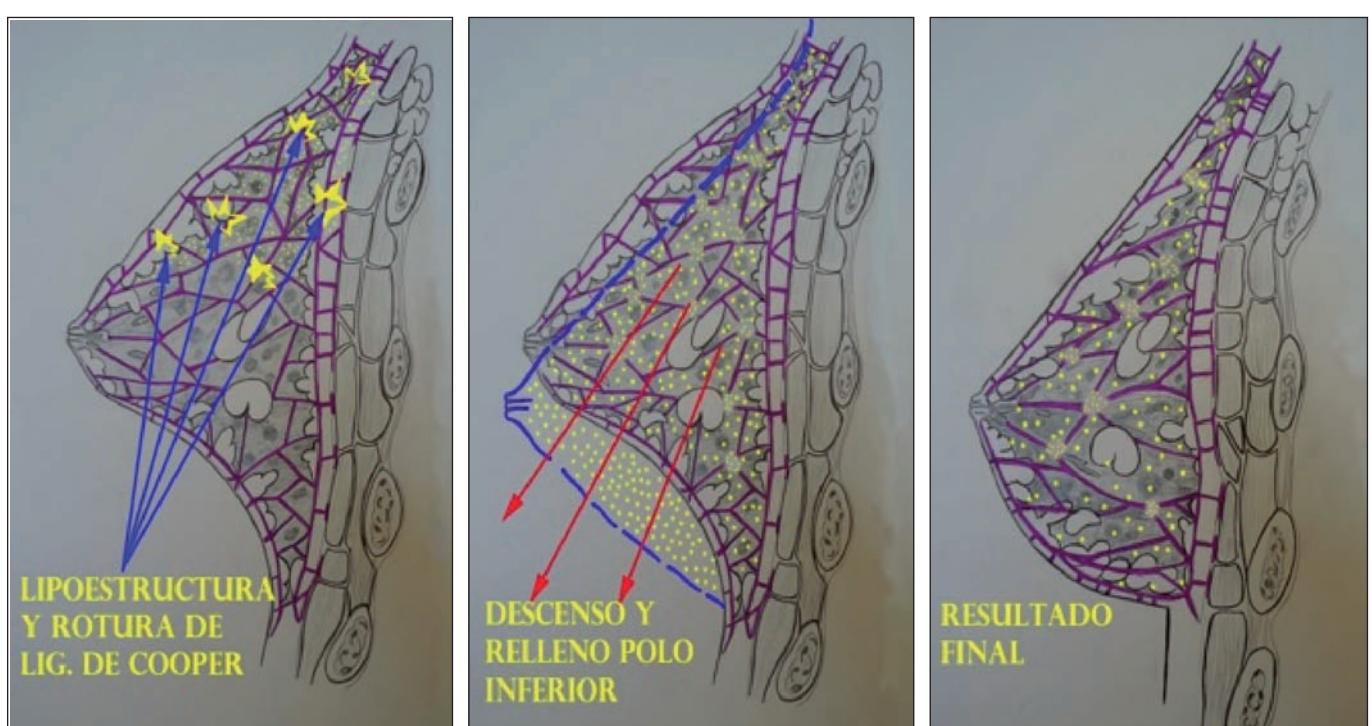
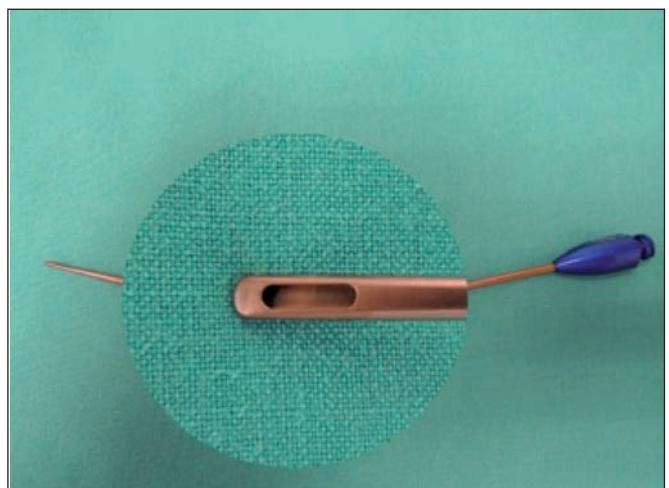


Fig. 6. Lipoestructura en mama tuberosa. A y B: Efectos del procedimiento quirúrgico. C: Resultado final.

presa por parte del cirujano frente a este hecho y el descontento por parte de la paciente, se le ofrece a ésta rellenar un poco más la mama en una segunda intervención, consiguiendo no solo no llenar en absoluto el polo superior, sino provocar más ptosis. La mama aumenta de volumen, pero al provocar una nueva alteración del aparato ligamentoso, aun cae más.

Esta elongación o ruptura de los ligamentos de Cooper se puede evaluar mediante mamografía lateral, en la que observaremos una mayor distancia entre la glándula y el músculo pectoral por aumento del tejido graso, que es radiolúcido, en la zona, y un aumento del espacio fascial cuando comparamos las imágenes pre y postoperatorias (Fig. 4).

Los tipos de cánulas que habitualmente empleados no suelen ser cortantes, tal y como ya hemos comentado,

aunque existen diferentes modelos. Si empleamos cánulas de punta redondeada tipo Coleman I provocaremos mucha menos ruptura y daño en el tejido conectivo; si por el contrario empleamos cánulas espatuladas tipo Khouri (11), alteraremos más el aparato ligamentoso de sostén (Fig. 5).

Este efecto de caída es nefasto en la mama madura, pero sin embargo puede ser muy beneficioso cuando tratamos una mama tuberosa (Fig. 6). Por tanto, esa alteración del aparato ligamentoso de la mama que se produce siempre que realizamos una lipoestructura, puede ser un inconveniente o una ventaja según el resultado que persigamos. Es lógico por tanto deducir que cuando lo que pretendemos es llenar la mama provocando la menor ptosis posible, deberemos emplear cánulas redondeadas, y que cuando tratamos mamas tuberosas, deberemos em-

plear cánulas espatuladas. En este aspecto, y a diferencia de lo que preconiza Khouri (11), creemos que la utilización sistemática de cánulas espatuladas en lipoestructura mamaria es un error, ya que al producir un mayor trauma sobre los ligamentos de Cooper, aumentará en todos los casos la caída de la mama, lo que como ya hemos dicho, salvo en la mama tuberosa o pseudotuberosa, no nos interesa. Si lo que pretendemos es el relleno del polo superior, la técnica será un fracaso; no vamos a conseguir un buen resultado a largo plazo. Como alternativa en estos casos, coincidimos con Benito-Ruiz (12) en que la mejor opción es utilizar un implante. Cuando se trata de pacientes que quieren aumentar el volumen de su pecho pero rehusan la utilización de implantes, debemos aconsejar la realización de una pexia periareolar junto con la lipoestructura para lograr un resultado final satisfactorio.

El mayor error a nuestro juicio se produce en aquellos casos en los que tras haber obtenido un mal resultado con lipoestructura en una mama madura, pretendemos corregirlo infiltrando más grasa en el polo superior; lo único que vamos a conseguir con ello es provocar una ptosis mayor.

Si por el contrario el relleno del polo superior no es el objeto de la intervención, sino que buscamos un aumento del volumen mamario con un aspecto natural, el resultado será satisfactorio.

Centrándonos en la utilidad de la técnica en mamas tuberosas y pseudotuberosas, señalar que no ofrece más que ventajas, porque lograremos con ella alterar el aparato ligamentoso provocando una caída de la mama que permitirá el relleno del polo inferior, a la vez que podremos redistribuir mejor la grasa infiltrada hacia aquellas zonas que nos interesan, como son el surco intermamario en caso de mamas separadas, o hacia el mismo polo inferior para llenar su déficit. En ocasiones, además de tratar el aparato suspensorio podemos tratar también la piel liberándola mediante la realización de rigottomías (8). Finalmente, cuando se asocia herniación glandular de la mama en la zona areolar con aumento de la misma, podemos asociar una pexia periareolar. De esta manera conseguimos tocar todos los puntos clave de este tipo de mamas para obtener resultados mucho más satisfactorios que con el uso de implantes.

No creemos que en la mama tuberosa tipo III sea necesario realizar incisiones glandulares tipo Puckett para abrir el tejido glandular como si se tratara del lomo de un libro, tal y como afirma Serra-Renom (13). En nuestra experiencia, creemos que si seguimos los pasos indicados anteriormente: lipoestructura en dos tiempos, rigottomía y pexia periareolar, puede ser suficiente. A nuestro juicio, en este tipo de mamas las incisiones glandulares no mejoran el resultado y sin embargo incrementan las posibles complicaciones.

Hemos comentado que en el seguimiento por imagen de nuestras pacientes hemos detectado muy pocas alte-

raciones significativas del patrón mamográfico tanto a corto como a largo plazo; señalamos esto a diferencia de otros autores (14), recordando que nunca infiltramos más de 250 ml de grasa por mama y sesión. No obstante, hay que recalcar que aunque las alteraciones del patrón mamográfico sean mínimas, siempre se producen en mayor o menor medida, sobre todo quistes radiolúcidos pequeños que se pueden seguir mediante ecografía (12). Todo esto hace que en nuestra práctica no infiltremos a pacientes mayores de 40 años, porque consideramos que según las estadísticas es la edad a partir de la cual el cáncer de mama aumenta su incidencia, por lo que no queremos arriesgar la posible aparición de alteraciones del patrón mamográfico en estas edades que puedan provocar confusión diagnóstica. También tenemos en cuenta el hecho de que a partir de esta edad, y salvo excepciones, la piel no siempre está en óptimas condiciones para realizar una liposucción debido a aparición de flacidez.

Como consecuencia de todas estas observaciones, y de acuerdo con nuestra práctica, hemos elaborado un cuadro de indicaciones que pretende ser de ayuda a la hora de seleccionar las pacientes candidatas a lipoestructura mamaria, que presentamos esquema (Fig. 7).

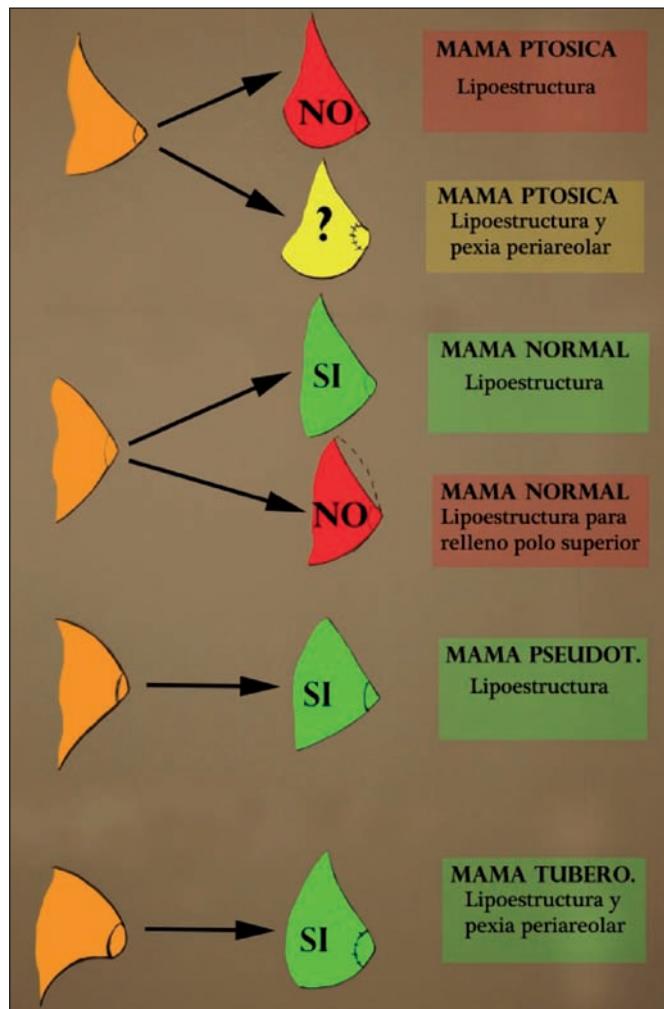


Fig. 7. Cuadro de indicaciones para lipoestructura mamaria. Marcamos con colores la idoneidad de la indicación de la técnica dependiendo del tipo de mama.

Rojo = No indicado. Amarillo = Indicación dudosa. Verde = Buena indicación.

Conclusiones

A medida que realizamos mayor número de casos de lipoestructura en mamas nos vamos dando cuenta de las ventajas y limitaciones de esta técnica. Si en un primer momento llegamos a pensar que podría ser una alternativa a los implantes mamarios en un gran número de casos, cada vez somos más conscientes de que esto no es así. Lo importante es saber elegir las pacientes candidatas idóneas para cada intervención, lo que solo será posible tras evaluar cada caso en particular y conocer sus expectativas.

En nuestra opinión, puede ser una técnica idónea para aumentar una talla y media o dos tallas de volumen mamario en pacientes jóvenes con zonas de grasas localizadas en las que prima un aspecto natural; o bien en pacientes también jóvenes con mamas tuberosas. Pero no podemos pretender con esta técnica solucionar los problemas de relleno del polo superior en una mama madura o ligeramente ptósica. Para ello, lo ideal será utilizar implantes, de preferencia anatómicos.

Dirección del autor

Dr. Juan Manuel Cervilla Lozano
Clínica Cermar
Avda. de Cádiz nº29
41004, Sevilla. España
e-mail: info@clinicacermar.com

Bibliografía

1. **Delay E. Sinna R:** Tuberous Breast Correction by Fat Grafting. *Aesth Surg J*, 2013, 33: 522-528.
2. **Cervilla. JM.:** Lipoestructura y relleno del polo superior de la mama frente a implantes. *Cir plást iberolatinoam*, 2012, 38 (3): 225-232.
3. **Neuber F.:** Fet transplantation. *Chir Kongr Verhandl Dtsch Ges Chir* 1983, 22: 66
4. **Czerny M.:** Plastischer Ersatz der brusterlusedurcheinlipom. *Verhandl Dtsch Ges Chirurg*, 1985, vol 2: 125-126.
5. **Coleman, S.R.:** Facial Reconturing whit Lipoestructure. *Facial Cosmetic Surgery*, 1997, 24 (2): 347-367.
6. **Cervilla JM.:** Breast Lipostructure and fill the Lower Pole: Difficult Breast. *Eur. Aesth. Plast. Sur. J.*, 2013, 3 (1): 20-27.
7. **Coleman S.R.:** Estructural fat Grafting. Ed. Quality Medical Publishing Inc. 2001, Chapt. 2, Pp. 29-52.
8. **Rigotti G., Marchi A.:** Determining Oncological Risk of autologous Lipoaspirate Grafting for Post-Mastectomy Breast Reconstruction. *Aesth Plast Surg*. 2010, 34: 475-490.
9. **Bostwick III J.:** Tratado de Mamoplastia Tomo1. Ed. Amolca 2001. Pp: 92-93.
10. **Shiffman M.A.:** Autologous Fat Transplantation. Ed. Marcel Dekker, Inc., 2001, Pp: 207-208.
11. **Khoury R., Biggs T.M.:** Lipoinjertos de gran volumen en la mama. *Cir plást iberolatinoam*, 2013, 39 (Supl.1): S15-S18.
12. **Benito-Ruiz J.:** Injertos de tejido adiposo en cirugía estética mamaria. *Cir plást iberolatinoam*, 2013, 39 (Supl.1): S51-S57.
13. **Serra-Renom J.M.:** Aplicaciones de la inyección de grasa en Cirugía Plástica, Reparadora y Estética. Nuestra evolución y estado actual. *Cir plást iberolatinoam*, 2013, 39 (Supl.1): S3-S7.
14. **Wang Cong-Feng, Zhou Zheng:** Clinical Analyses of Clustered Microcalcification safter Autologous fat injection for breast augmentation. *Plast Rec Surg*, 2011, 127 (4): 1669-1693

Comentario al artículo “Lipoestructura mamaria y ptosis”

Dr. Salvador Negrete Hernández.

Cirujano Plástico, Servicio de Cirugía Plástica Clínica Gaviotas y Hospital Clínica del Mar, Mazatlán, Sinaloa, México

Me es muy grato comentar un artículo de la importancia del que nos presenta el Dr. Cervilla Lozano, en el que aborda un aspecto de la transferencia de tejido autólogo (TTGA) a la mama que no había sido descrito anteriormente, como lo es la presencia de cierto grado de ptosis a corto plazo en las mamas lipoinfiltradas, y que de acuerdo a su gran experiencia, se presenta de forma más aparente en pacientes con ptosis previa a la transferencia del tejido graso.

Aspecto importante en este artículo es la valoración de acuerdo a su experiencia y reporte radiológico de la lesión del ligamento de Cooper provocada por las múltiples punciones que se le ocasionan al mismo durante la transferencia del tejido graso al polo superior, siguiendo la técnica de Coleman (1) con cánulas finas y romas, y que a su juicio son más importantes cuando se emplean cánulas espatuladas.

Su apreciación es del todo acertada cuando hace mención a que esta técnica tendrá un resultado inadecuado si solo se pretende realizar la lipotransferencia en el polo superior de la mama, toda vez que para obtener un resultado adecuado primero debemos aumentar el volumen del polo inferior y a nivel del complejo areola-pezón (CAP), lo que nos dará soporte al polo superior tal y como hemos referido en nuestros artículos y capítulos al respecto (2) y se presenta también en los trabajos del Dr. Khouri (3).

La rotura del ligamento de Cooper que el Dr. Cervilla Lozano aprovecha para lograr mejores resultados en mamas tuberosas tratadas con TTGA no había sido mencionada en artículos previos, y supone una buena apreciación para el tratamiento de estos casos. El uso de rigottomias ha demostrado su utilidad para permitir la expansión de la piel, obteniendo, como refiere el autor, resultados excelentes en mamas tuberosas y en el descenso de las areolas que han quedado altas tras reducción o pexia mamaria, así como en pacientes con síndrome de Poland.

Respuesta al Comentario del Dr. Negrete

Dr. José Manuel Cervilla Lozano

Le agradezco su comentario y su tiempo, dada su dilatada experiencia en este campo. Estoy de acuerdo en todo lo que dice y que comparten otros autores con usted. Sin embargo, en mi experiencia, yo no he tenido nunca buenos resultados en el relleno del polo superior.

Hace 6 años realicé una serie de unas 20 pacientes asociando el relleno del polo superior (lipoestructura) a la pexia vertical según la técnica de Madeleine Lejour (que da un buen soporte en el CAP y en el polo superior de la mama), y los resultados, si bien a los 6 meses eran excelentes, al año no fueron satisfactorios, teniendo que reintervenir casi al 50% de estas pacientes y finalmente colocarles implantes.

Es por esta razón que suelo ser muy cauto y cuando preveo que la expectativa de la paciente es un polo superior bien lleno, nunca realizo esta técnica.

Después de darle muchas vueltas a esto, llegué a la conclusión de que probablemente el polo superior no se rellena bien por la ptosis inducida en la misma técnica de la lipoestructura, y esto es lo que he intentado reflejar en el artículo.

Respecto a la decisión de no realizar infiltración mamaria

Por lo que se refiere a las alteraciones de patrón monográfico, es conveniente tenerlas en consideración; sin embargo, existen múltiples trabajos que demuestran que no se pueden confundir las calcificaciones o quistes que se producen por la TTGA con problemas oncológicos (3), por lo que no podemos estandarizar la edad de las pacientes. Sin embargo, si debemos como rutina, tomar mamografía previa que nos sirva de comparación con la postoperatoria. Como factor de exclusión consideramos tener en cuenta a aquellas pacientes con mastopatía fibroquística.

Señalar finalmente que el cuadro de indicaciones que nos presenta el Dr. Cervilla Lozano es una guía lógica y sencilla de aplicar y que nos será útil para la selección de pacientes.

Felicidades al Dr. Cervilla Lozano por este magnífico artículo que nos hace recapacitar adecuadamente en la selección de nuestras pacientes, lo que nos llevará sin duda a obtener mejores resultados.

Bibliografía

1. Coleman S. R.: Structural fat grafting. Ed. Quality Medical Publishing Inc. 2001, chapt. 2 Pp. 29-52.
2. Negrete S, Barba J, Magallanes F, Audelo C.: Aumento mamario estético con transferencia de tejido graso autólogo sin expansión previa. *Cir plást iberolatinoam.* 2013, 39 (Supl. 1): S58-S64.
3. Khouri R, Biggs T.M.,: Lipoinjertos de gran volumen en la mama *Cir plást iberolatinoam.* 2013, 39 (Supl. 1): S15-S18.

en pacientes de más de 40 años, es el resultado de las confusiones, que no complicaciones, que he tenido al realizar esta técnica. El hecho es que ante la aparición de alteraciones en el patrón mamográfico o ecográfico en pacientes jóvenes, la actitud diagnóstico-terapéutica de nuestros compañeros radiólogos es bien distinta a cuando se trata de una mujer madura, y por tanto el elenco de pruebas (resonancia magnética, punción-biopsia, etc) a la que pueden ser sometidas nuestras pacientes, en la mayoría de los casos sin una base científica, es a mi juicio descabellada. Es esto lo que me hizo recapacitar y tomar una decisión de carácter eminentemente práctico. A sabiendas, como usted bien indica, de que el simple hecho de la aparición de quistes o microcalcificaciones no sea un motivo científico para estandarizar la edad. Pienso que, queramos o no, nos enfrentamos a una medicina con un marcado carácter defensivo.

Sin más que añadir, de nuevo darle las gracias y dejar constancia de la imagen que se me viene a la cabeza al recordar el magnífico XX Congreso de la FILAC con que nos obsequiaron en Cancún, tanto en el aspecto profesional como social, y que sin duda debe ser un orgullo para todos los que fueran anfitriones del mismo.