

# Mamoplastia de Aumento

“...Remodelar las proporciones de la mama femenina y adaptarla a los gustos y deseos de la paciente...”

## Índice

1. Introducción. En qué consiste. Técnicas.
2. La consulta preoperatoria
3. El día de la Cirugía
4. El Postoperatorio
5. Preguntas frecuentes

## 1. INTRODUCCIÓN

### En Qué consiste...

El pecho es una de las regiones anatómicas más especiales para la mujer. El deseo de modificarlo en alguna medida es muy común en la actualidad y dado el grado de seguridad y sofisticación que han alcanzado las intervenciones, se ha convertido en una de las cirugías más realizadas.

Coloquialmente denominada “cirugía de aumento mamario”, la **MAMOPLASTIA DE AUMENTO** consiste no sólo en añadir volumen, sino en **remodelar las proporciones de la mama femenina** mediante diversas técnicas, para adaptarla a los deseos y expectativas de la paciente.

Así pues el **resultado** que podemos obtener, dentro de los parámetros biométricos y de las características del tejido mamario de cada mujer,

puede ser en la medida de lo posible **adaptado a sus gustos o necesidades**.

En este sentido, podemos lograr desde resultados discretos, muy naturales, a cambios más importantes y notables en función de lo que nos proponemos.

## Tipos de Técnicas...

Actualmente para conseguir remodelar la mama incrementando sus proporciones, contamos con 2 tipos de técnicas principales:

- Mamoplastia con Implantes
- Relleno con Injerto Adiposo (Lipofilling)

La **Mamoplastia con Implantes**, como su propio nombre indica, consiste en la remodelación de la mama mediante la colocación de un implante o prótesis mamaria, previo diseño y disección de un “bolsillo” en el que se albergará.

Para colocar estos implantes es necesario acceder al espacio retromamario por alguna **vía de abordaje** externa, lo que originará una cicatriz en dicha zona. Así pues en función de la vía elegida, podremos tener 3 tipos de cicatrices diferentes:

- Surco submamario
- Hemiareolar inferior
- Axilar

El hecho de elegir entre uno u otro tipo de abordaje, teniendo en cuenta por supuesto el deseo de la paciente, ha de sustentarse también en otras razones que valoraremos conjuntamente. Entre ellas, el tamaño de la areola respecto a la prótesis, la necesidad de modificar de forma importante el surco submamario...

Por lo general, las **cicatrices** que se realizan para la colocación del implante suelen ser **pequeñas y discretas**, y no deben de constituir un motivo de preocupación importante para la paciente.

En nuestra experiencia, salvo casos excepcionales o deseo expreso de la paciente, tendemos a realizar el abordaje a través del **surco submamario**, pues nos ofrece un gran control en

la colocación de la prótesis y constituye la vía de abordaje “más limpia”, al no tener que atravesar tejido glandular de ningún tipo. Así pues ha demostrado la menor tasa de “contractura capsular” (fenómeno que explicaremos posteriormente).

Otro punto importante a tener en cuenta a la hora de la colocación de los implantes es el “**plano de posicionamiento**”, existiendo básicamente 2 planos principales con sus variantes:

- Subglandular/Subfascial
- Submuscular/Subpectoral/“Dual Plane”

El Plano Subglandular es el espacio virtual que existe entre la glándula y el músculo pectoral mayor. Si optamos por este tipo de colocación, no tocamos prácticamente el pectoral, que queda insertado en su lugar de origen. (NOTA: El llamado Plano Subfascial, constituye una variante del plano Subglandular, en el que el que se separa el pectoral de su fascia, y la prótesis se sitúa en este espacio).

### Como Ventajas:

- Menor molestia postoperatoria.
- Menor posibilidad de desplazamientos del implante en pacientes culturistas o que realizan actividad intensa con pectorales.

### Como Inconvenientes:

- Mayor sufrimiento y envejecimiento del tejido, por presión del implante mamario.
- Mayor visibilidad y palpabilidad del implante en su zona superior y media.
- Mayor desplazamiento del implante.
- Mayor tasa de contractura capsular.

Como vemos el Plano Subglandular, muy empleado antiguamente, presenta bastantes más inconvenientes que ventajas, y salvo en algunos casos puntuales que así lo precisen, actualmente empleamos de rutina el plano **submuscular**. Creamos una “bolsillo” para la prótesis debajo del pectoral mayor. Para ello, generalmente desinsertamos las uniones inferiores del mismo, y la prótesis descansa parcialmente sobre el tejido mamario en su parte inferior.

A veces, para conseguir ligeras elevaciones del Complejo Areola-Pezón, se realiza a mayores la separación de la glándula sobre el pectoral, creando dos planos de deslizamiento para la mejor adaptación de la prótesis. Este tipo de técnica se denomina “**DUAL PLANE**”.

Finalmente, otro de los puntos fundamentales a la hora de realizar unan mamoplastia de aumento es el **Tipo de Implante** elegido.

Existen multitud de implantes y casas comerciales que los fabrican.

Gran parte de la predictibilidad y la estabilidad del resultado viene determinado por los mismos.

Dado que es un tema muy extenso como para comentarlo en detalle, haremos un breve resumen.

Actualmente los implantes que se utilizan en Europa tienen una cubierta de silicona multicapa de gran resistencia y seguridad, por lo general rugosa, y como relleno emplean un gel de silicona médica de alta cohesividad que minimiza la migración de la misma en el caso que ocurriese una rotura. Dado que se suelen emplear en cirugía estética (pacientes sanos), los implantes se encuentra siempre en el punto de mira y se someten a los más estrictos controles y vigilancia de las autoridades sanitarias, lo cual habla a favor de su seguridad.

Actualmente, independientemente de la casa comercial, existe un amplísimo catálogo de implantes. Pueden tener forma redonda o anatómica, configurables en casi cualquier dimensión, eso nos permite adaptarnos con gran precisión al caso que estemos tratando.

En nuestra práctica empleamos tan sólo implantes del las 3 casas comerciales más importantes: Allergan, Mentor, Polytech. Consideramos que **la seguridad del paciente es prioritaria** respecto a la oferta y por ello sólo trabajamos con lo mejor disponible en el mercado. El precio superior es una desventaja despreciable respecto a los beneficios.

El **relleno/remodelación con injerto graso**. Es otra de las técnicas empleadas en la actualidad para la remodelación mamaria.

Ha tenido un auge muy importante en los últimos tiempos, y han aparecido publicaciones y autores que lo emplean prácticamente para cualquier propósito. El aumento de volumen en mamas ha sido una de sus principales dianas terapéuticas.

Sin embargo, los resultados a largo plazo no han sido tan buenos como se esperaban.

Consiste en la extracción y procesado en quirófano de tejido graso de otras zonas con excedente graso (caderas, piernas, abdomen), y su posterior infiltración en otra zona.

Este procesado aísla las células grasas (adipocitos), que posteriormente han de “prender” como un injerto en la zona donde se infiltran. Sólo prenderán aquellas que se encuentren a una distancia razonable de un capilar.

Tras años de práctica hemos observado que el volumen que suele permanecer a largo plazo tras un relleno graso, suele ser de un 30% a 50% aproximadamente. Esto sumado al hecho de que existe un límite de presión tisular a la implantación (existe un límite para infiltrar), hacen que sean necesarias **varias sesiones separadas por meses para conseguir un efecto importante**.

Por todo ello, el injerto graso lo consideramos por lo general un **método complementario** al empleo de implantes mamarios, cuando se trata de aumento. Bien si queremos añadir un volumen extra en determinadas zonas de la mama, o corregir determinados defectos derivados de cicatrices previas...

## 2. C. PREOPERATORIA

Si usted desea de alguna forma aumentar el volumen, elevar... En definitiva, mejorar el aspecto de su pecho, el primer paso a seguir debería ser solicitar una consulta informativa con un **Cirujano Plástico**.

En esta primera consulta, realizaremos una anamnesis completa, valoraremos su caso y en función de sus deseos y una exploración física reglada, en la que valoraremos sus parámetros biodimensionales y la naturaleza de los tejidos, realizaremos un diagnóstico y le propondremos la mejor alternativa para conseguir el resultado deseado. Solemos enviar una solicitud de pruebas diagnósticas indispensables para cualquier intervención quirúrgica. Entregamos folletos informativos, y posteriormente le enviaremos un presupuesto aproximado de la intervención.

Generalmente acostumbramos a realizar un registro fotográfico de su caso, para estudiarlo detenidamente por si hubiese algún detalle que hubiese pasado desapercibido, con objeto de informarle en la segunda visita.

La citaremos a una segunda consulta en la que revisaremos la idoneidad de todas las pruebas y solucionaremos todas las dudas que hayan podido surgir en este tiempo intermedio.

Realizaremos una simulación de marcaje prequirúrgico y una valoración de tipo o tipos de prótesis que mejor se adapten a su caso, en función de las características de su pecho y sus deseos.

Repasaremos, como es obligatorio por Ley, el consentimiento informado, que tendrá que releer en casa, consultar cualquier duda al respecto con nosotros, y firmar **una vez que todas hayan sido resueltas**.

### 3. LA CIRUGÍA

El día de la cirugía deberá acudir al hospital a la hora que le indiquemos, totalmente en ayunas. Si acostumbra a padecer cierta ansiedad previa, es posible que le prescribamos alguna medicación ansiolítica.

Una vez completado el ingreso y realizados todos los preparativos de su quirófano, acudiremos a realizar de nuevo el **marcaje preoperatorio**. Posteriormente será trasladada a la sala de antequirófano, donde su anestesista realizará las últimas comprobaciones.

Las intervenciones de mamoplastia de aumento las realizamos, salvo excepciones, con **anestesia general**.

En ese momento se procederá a la anestesia y tras la percepción de un breve lapso de tiempo despertará tras haber completado la intervención.

Solemos mantener a los pacientes en observación mientras se recuperan completamente en una sala específica para tal fin (sala de despertar).

Sus familiares serán informados de que la intervención ha terminado y en poco tiempo la llevaremos de nuevo a la habitación.

Ese mismo día deberá reposar en cama, a no ser que se le indique lo contrario. Llevará puesto un vendaje y posiblemente algún drenaje y se le darán las instrucciones a seguir.

Se procederá a dar el alta médica, si todo está correcto, a la mañana siguiente. Momento en el cual solemos retirar drenajes.

### 4. EI POSTOPERATORIO

Una vez salga de la sala de reanimación será trasladada a su habitación, donde deberá permanecer en cama, con el cabecero elevado 30°. En un tiempo prudencial, se podrá incorporar, si lo precisa, para tomar alimentos.

Es normal que se encuentre cansada y tenga cierto dolor, sensación de **tensión u opresión en el pecho**. Esto es debido a que el implante se aloja debajo de la musculatura pectoral, y hasta que ésta se relaja, la mantiene a cierta tensión sobre el tórax.

Si esto es así, indíquelo al personal de enfermería para que aumenten la analgesia.

A la mañana siguiente usted debería de estar en condiciones de irse de alta a su domicilio. Si ocurriese cualquier evento que nos hiciese considerar lo contrario, su estancia podría alargarse si así lo acordamos.

A partir de este momento deberá tomar el tratamiento que le indiquemos y, que adaptaremos a cada caso y salvo que le indiquemos lo contrario, deberá seguir las siguientes indicaciones:

- Podrá  **ducharse a partir de las 72h** tras la cirugía. Duchas rápidas con agua templada y jabón (el que desee). Posteriormente aplicará antiséptico en heridas y esparadrapo o steri-strip microperforados.
- Deberá colocarse y llevar puesto  **durante las 24h un sujetador** de tipo elástico o deportivo, sin aros, y preferentemente que se abroche por delante (para evitar la movilización de los brazos). Nosotros le indicaremos los mejores modelos disponibles en el mercado, para que lo pueda adquirir previamente. Este sujetador deberá mantenerlo durante  **1 mes**.



- Deberá hacer reposo relativo, teniendo cuidado de no elevar excesivamente los brazos. **A partir de la segunda semana podrá hacer una vida casi normal:** podrá conducir, realizar ejercicios suaves... Sin embargo, cargar bolsas, elevar pesos... para todo ello, será mejor esperar hasta el primer mes desde la cirugía.
- Los primeros 2 meses, pero sobre todo el primer mes, se recomienda **dormir en decúbito supino** (boca arriba).

El objetivo de todas estas indicaciones es **no interferir con la formación de la cápsula periprotésica** alrededor del implante, y que éste se integre de forma correcta con su mama. Una vez formada, podrá realizar cualquier actividad como anteriormente. Lo único **desaconsejado es el trabajo intenso de pectorales**, por microcontusiones en la prótesis.

El período postoperatorio puede parecer largo, pero bien realizado, nos evitará problemas futuros.

A lo largo del período postoperatorio la seguiremos de forma periódica en consulta.

## 5. PREGUNTAS

**¿Cuánto durará el resultado? ¿Los implantes son para siempre? ¿Es obligatorio recambiarlos cada 10 años?**

Si bien no sería necesario ni recomendable recambiarlos si no han dado ningún problema, el cuerpo de una persona y sus tejidos, cambian con la edad, variaciones hormonales, embarazo, lactancia...

En estas condiciones, siempre a demanda de la paciente, es posible que para seguir manteniendo ese buen resultado, sea necesario un **“retoque”**, bien sobre los mismos implantes, o en la mayoría de los casos, empleando implantes nuevos, con mayor volumen por atrofia de los tejidos o con otra forma determinada.

Las estimaciones sobre los resultados de los implantes a largo plazo, indican que lo común es realizar **un recambio a lo largo de la vida de la paciente** para mantener un buen resultado a lo largo de ésta.

### **¿Existe algún problema con el embarazo o la lactancia?**

El problema que puede ocurrir con la lactancia, a colación de lo que comentábamos anteriormente, serían los **cambios que sufre el pecho**. Ya que al aumentar y disminuir rápidamente de volumen, pueden aparecer estrías y hacer que “caiga” la mama sobre la prótesis, empeorando el resultado.

A veces estos cambios son reversibles, otras veces la paciente puede demandar un “retoque” para volver a “subir” el pecho a su sitio, en el que puede que no sea necesario tocar el implante.

Con respecto a la posibilidad de dar el pecho al bebé **no existe ningún riesgo para el niño o la madre**. Las *vías de abordaje* axilar y por surco submamario, al no tocar la glándula, no presentan inconvenientes con la lactancia. No así el caso del abordaje por areola, que entraña un cierto riesgo de disrupción de los conductos que llevan la leche hacia el pezón. Esto hace que, en estos casos, no pueda garantizarse la lactancia materna.

### **¿Que ocurre con el Cáncer de Mama?**

En el pasado se ha estudiado la posible relación de el uso de implantes mamarios con cáncer de mama, llegando a la conclusión de que **NO EXISTE NINGÚN TIPO DE ASOCIACIÓN** con el Carcinoma de mama.

### **¿Es doloroso un aumento de mamas?**

La experiencia de miles de pacientes nos dice que el dolor es algo completamente subjetivo. Depende de cada una.

Lo normal, dado que desinsertamos fibras del pectoral es tener una **sensación como de “agujetas fuertes” los primeros días**, que cede bien con el tratamiento antiinflamatorio que dejamos pautado.

También es normal tener sensación de leve opresión en el pecho, dado que el pectoral comprime la prótesis contra la pared torácica.

Cuanto más motivada esté la paciente para realizarse la intervención, menos apreciará las pequeñas molestias e inconvenientes.

[www.IGLESIASCAPDEVILA.es](http://www.IGLESIASCAPDEVILA.es)