

# Implantes Mamarios

## Nuestra Rutina



*Dr. Javier Vera Cucchiario*  
*Cirujano Plástico Estético y Reconstructivo*  
*Argentina*

### Introducción

No existe el implante perfecto para todos los pacientes y depende de la experiencia de cada Cirujano Plástico. Obviamente que hay indicaciones precisas para los implantes redondos y anatómicos.

Desde los inicios del año 1963 con Cronin y Gerow, hasta la actualidad los implantes han evolucionado en calidad, longevidad y naturalidad. Como así también de la superficie y tipos de geles.

La modificación mas importante ha sido el diseño de los implantes anatómicos, siendo los primeros producidos por McGhan en el año 1993 y posteriormente fabricado por otras empresas como Mentor, Silimed, Eurosilicon y Nagor.

Los implantes redondos se caracterizan por tener dos variables, que son el diámetro y la proyección. Mientras que los anatómicos presentan tres variables, base o diámetro, altura y proyección, permitiendo tratar mejor las asimetrías y deformidades del tórax.

En nuestra rutina de aumento mamario primario, utilizamos un 30% los redondos y un 70% los anatómicos, pero en los aumentos mamarios secundarios en un 95% usamos los redondos y solo un 5% los anatómicos. Esta rutina nos ha permitido tener un segmento de pacientes mayores a 35 años que solicitan resultados mas naturales y tamaños moderados.

Además tenemos que tener en cuenta, que es lo que nosotros como Cirujanos Plásticos consideramos una mama bella, sería aquella mama que tenga los cuatro parámetros de la Venus de Milo (Mallucci) una relación polo superior al inferior de 45:55, un polo superior recto o levemente cóncavo, un pezón con inclinación de 20 grados hacia arriba y un polo inferior suavemente redondeado. La decisión del paciente es muy importante también y debe ser tenida en consideración.

De rutina a todas nuestras pacientes se le solicita en el pre-operatorio, exámenes de laboratorio, electrocardiograma, mamografía y ecografía mamaria, independiente de su edad. Creo que es muy importante hacer prevención y detección precoz del cáncer de mama.

### Material y Métodos

El periodo de Enero del 2006 hasta Diciembre del 2016 se operaron 878 pacientes. En los últimos 5 años desde Enero del 2011 hasta Diciembre del 2016 tratamos 410 pacientes de los cuales el 70% (287 pacientes), se les colocó implantes mamarios anatómicos.

La elección del tipo de implantes, se realizó teniendo en cuenta, el deseo de los pacientes, tipo de pacientes y las recomendaciones del Cirujano Plástico actuante (J.V.C.) Todos los implantes usados son marca Nagor.

Todos los implantes fueron colocados el plano sub-facial (1), técnica que utilizamos es más del 90% de nuestra rutina ya que nos permite preservar el músculo Pectoral Mayor.

Siempre se toman fotos pre-operatoria y las del post-operatorio a los 4 a 6 meses.

### Técnica Quirúrgica:

Todas las pacientes se operan con Neuroleptoanalgesia con Anestesiista, con bloqueo intercostal y con infiltración tumescente. Nuestra preferencia es abordaje sub-areolar, con disección a tijera del plano subfascial del pectoral (2) en el polo superior y en el inferior se disecciona la fascia restante del pectoral y se incluye la fascia de los rectos y del serrato.

Se marca previamente la altura de los surcos mamarios y habitualmente se los desciende 1 cm. Esta técnica permite una excelente sustentación del polo inferior ya que tiene la cobertura de la fascia de los rectos y serrato, en algunas oportunidades hay que realizar incisiones radiadas para expandir el polo inferior a nivel sub-fascial.

En el caso de los implantes anatómicos el diagrama del bolsillo a disecar es rectangular con predominio vertical para evitar la rotación de los mismos, como así también usamos implantes con mayor diámetro vertical.

Lavamos el implante y el bolsillo con Ciprofloxacina y además el bolsillo con Betadina que hemos vuelto a utilizar. Debido a que cada vez es mayor la teoría de que la contractura capsular sería una infección sub-clínica.

Realizamos la disección bilateral y luego retornamos al primer lado generalmente el derecho para revisar la hemostasia. Una

vez colocado el primer implante y revisado por segunda vez la hemostasia, se coloca un drenaje, pasamos a introducir el segundo implante, minutos después acomodamos el primer implante permitiendo que se relaje la fascia y dando una mejor ubicación de la prótesis.

Cierre por planos con sutura no absorbible tipo mono nylon 4-0 y sutura intradérmica con sutura absorbible tipo polysorb 5-0.

Nuestras pacientes quedan internadas 4 hs y después se les otorga el alta para retorno en 24 hs. Los drenajes habitualmente se los retira en el 4 día de post-operatorio.

## Resultados

Del periodo de Enero del 2006 a Diciembre del 2016, se operaron 878 pacientes. Analizando los últimos 5 años desde Enero del 2011 hasta Diciembre del 2016, se operaron 410 pacientes, siendo el 68% de los casos (279) colocados implantes anatómicos. Los tamaños utilizados fueron desde 220 cc a 620cc con un 320cc el más utilizado (perfil alto).

Se utilizo abordaje sub-areolar un 93%, (381) pacientes y el 7% restante abordaje sub-mamario hemos abandonando el abordaje axilar (3).

El plano sub-facial nos ha permitido desde el 2001, resultados mas naturales, menor agresividad en la cirugía y una recuperación post-operatoria más precoz. Preservando el músculo pectoral debido a que las pacientes de todas las

edades actualmente realizan actividad física y cada vez mas extrema.

Los implantes anatómicos permiten mejores resultados en asimetrías mamarias e hipoplasias severas, mamas tuberosas, deformidades del tórax y en la reconstrucción mamaria. Nuestras estadísticas son de casos de Clínica Privada y con indicación exclusivamente Estética y no de reconstrucción mamaria.

## Discusión

La cirugía de aumento mamario es una de los dos procedimientos mas frecuentes dentro de la Estética en nuestra Especialidad. Nuestro deber es informar bien a nuestras pacientes y brindarles los mejores resultados y no aceptar todo lo que ellas solicitan sin tener en cuenta las consecuencias a futuro por colocar implantes muy grandes.

El plano sub-facial lo utilizamos desde el año 2001 después de ver su presentación en el Congreso Brasileño de la Dra. Ruth Graf. Muchos artículos respaldan este plano de colocación para evitar la posición sub-muscular. La fascia es una estructura delgada pero bastante rígida que en algunas oportunidades es necesario comprimir polo superior en el post-operatorio como en las prótesis sub-musculares.

Es necesario aclarar que la gran mayoría de las prótesis redondas son de Cuarta Generación con matrices del año 2006 al 2007 y las prótesis anatómicas son de Quinta Generación con tecnología mas nueva del año 2012 al 2013. Hay algunas marcas que tienen implantes redondos de

Quinta generación pero no son todas.

Todos los implantes anatómicos utilizados son texturizados, marca CO-Gel (Nagor). Con un índice de rotación del 2,5% (10 pacientes), que fueron reoperados y solucionados el problema con capsulorrafia en 9 pacientes y en una paciente se cambió los implante a redondos (único caso bilateral).

El artículo de Tebetts y Adams (2002 y 2004) ha permitido refinar la elección de los implantes, teniendo en cuenta las dimensiones del hemi-torax y la calidad de cobertura de los tejidos.

La gran pregunta es ¿Cuál es la forma de la mama para ser bella? Es aquello que reúne los cuatro criterios de la Venus de Milo (4). Podemos estar de acuerdo o no, como Cirujanos Plásticos, algunos Colegas colocan implantes cada vez mas grandes y con mayor proyección y otros Colegas que están preocupados por alcanzar resultados mas naturales y armónicos. Entonces primero se requiere educar y modificar patrones de estética dentro de los Cirujanos Plásticos, para que después nosotros podamos ayudar a seleccionar al implante adecuado.

La mama bella o hermosa se caracteriza por un polo superior recto o leve cóncavo, una relación del polo superior al inferior 45:55, un pezón que mira a 20 grados hacia arriba y un polo inferior levemente convexo. El volumen también debe ser acorde al diámetro transversal de la mama pre-existente.

En algunas oportunidades el resultado final puede ser similar entre un implante redondo y un anatómico, pero cuando

hay pobre cobertura de tejidos, el implante anatómico es soberano. Ni hablar en caso de una mama tuberosa o asimetrías de tórax y/o reconstrucción mamaria.

Los implantes anatómicos permiten un resultado más natural del polo superior evitando resultados exagerados o muy artificiales. Depende del deseo del paciente. El 80% de nuestros pacientes son mayores de 30 años de edad y solicitan resultados más naturales y tamaños no exagerados.

La cirugía debe ser más precisa y minuciosa para evitar el riesgo de rotación del implante, siendo texturizada la superficie, existe menor riesgo. (0,45% el 2,5%).

Los implantes anatómicos son mas firmes al tacto cuando son palpados fuera del organismo humano, pero al desarrollar una cápsula de menor grosor, al tacto dentro del cuerpo humano (ya colocados), presentan una sensación táctil muy similar a la de los implantes redondos.

Por ultimo existen tres factores importantes: los deseos de los pacientes (mas natural o mas artificial), la anatomía de los pacientes (forma, polo inferior, cobertura tejidos, ptosis) y la historia quirúrgica de los pacientes (historia de rotación).

También tenemos un grupo de pacientes jóvenes que requieren tamaños excesivos y volúmenes importantes, siempre y cuando su tórax y su mama lo permitan son operadas pero les solicitamos que en la autorización de cirugía lo coloquen por escrito lo que solicitan y lo firme un

familiar o acompañante para quedar protegidos legalmente, sin necesidad de ir a un Escribano/a.

La colocación de tamaños excesivos va ocasionar una atrofia de los tejidos circundantes con ptosis y necesidad de recambios protésicos en mas de una oportunidad. Es decir se inicia en una cirugía Estética Mamaria y culminamos en múltiples Cirugías Reparadoras con las debidas implicancias económicas y de tanto manoseo del tejido mamario.

### Conclusiones

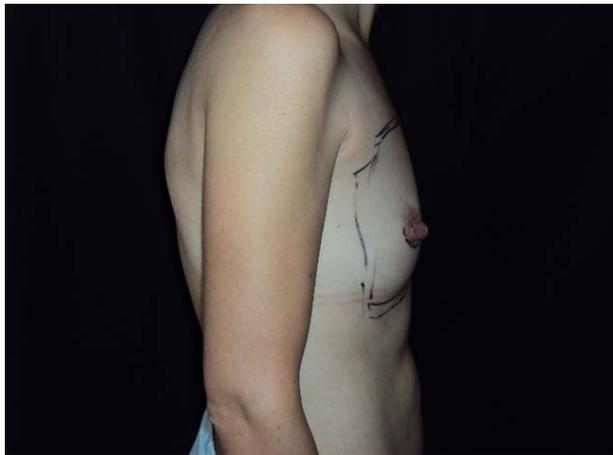
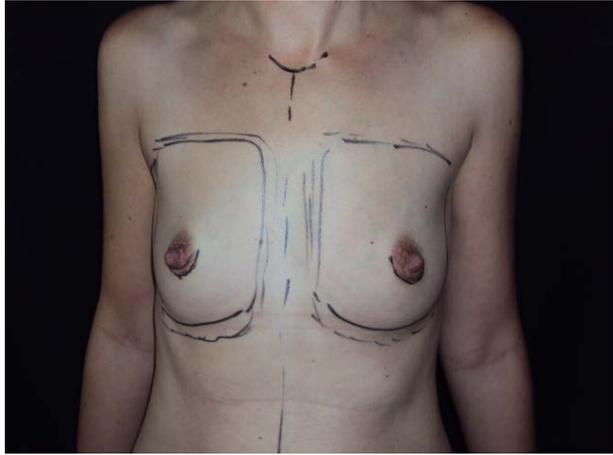
Los implantes anatómicos tienen sus indicaciones precisas, como mama tuberosa, reconstrucción del polo inferior, asimetrías mamarias, deformidades de la pared torácica, ptosis leve a moderada y laxitud del polo inferior

Pero existe un porcentaje importante de pacientes que están indecisos con la forma que quieren para sus mamas. Es ese grupo de pacientes, es que los Cirujanos Plásticos podemos influenciar para obtener resultados mas naturales y armónicos; pero es necesario que nosotros Cirujanos Plásticos estemos convencidos cual es la forma de la mama bella y natural.

Por su parte los implantes redondos bien indicados y seleccionados también dan excelentes resultados. Lo que tenemos que evitar es entrar en la locura de algunas pacientes que solicitan tamaños demasiados excesivos que a largo plazo le ocasionaran consecuencias nefastas terminando en cirugías reparadoras después de haber iniciado una cirugía estética de su mama.

### Bibliografía

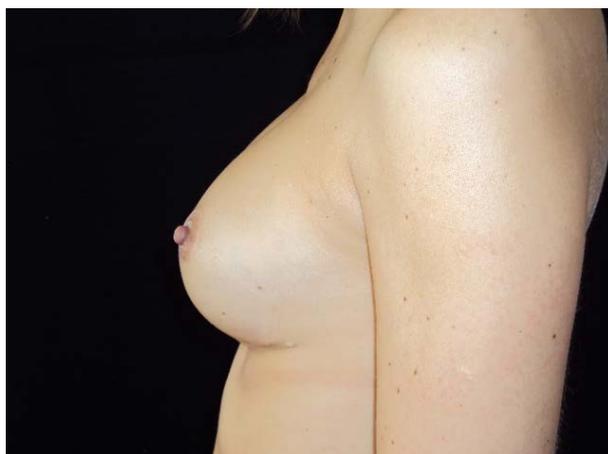
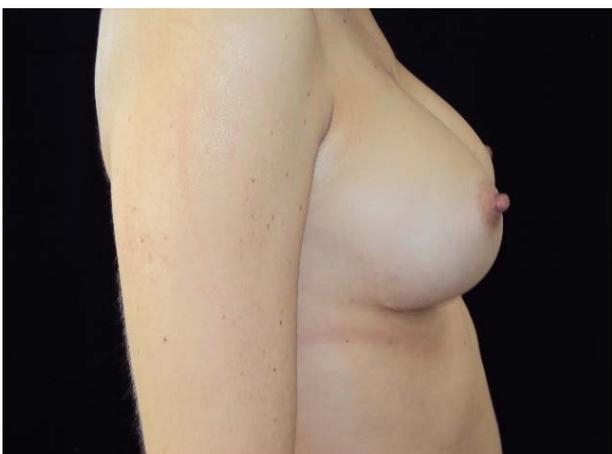
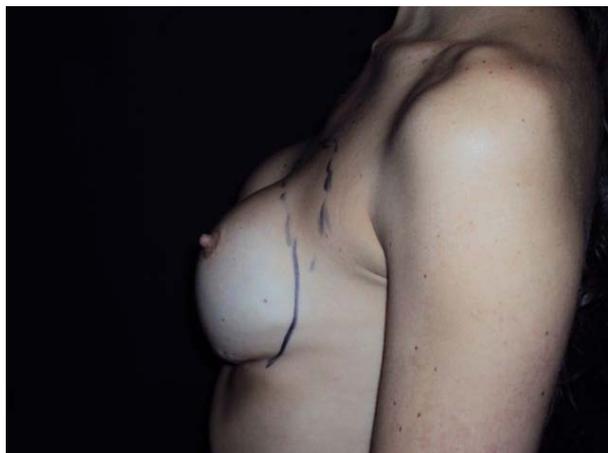
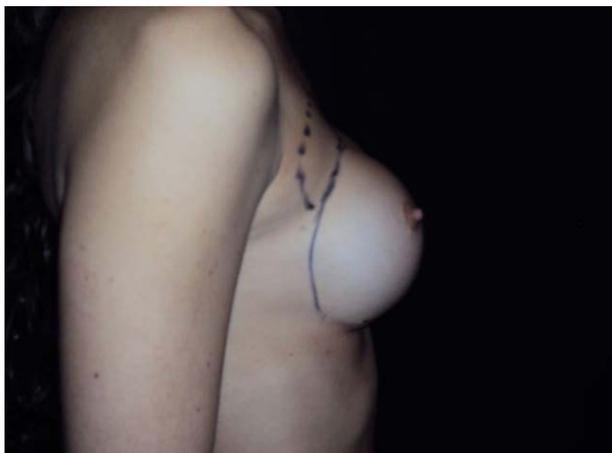
- 1- Sampaio Goes JC, Munhoz AM, Gemperli R. The subfascial approach to primary and secondary breast augmentation with autologous fat grafting and form stable implants. Clin Plast Surgery. 2015;42O551-564
- 2- Benito Ruiz J, Raigosa M, Manzano M, Salvador I. Subfascial breast augmentation: Thickness of the pectoral fascia. Plast Reconstr Surgery. 2009;123O32e-32e.
- 2- Graf RM, Bernardes A, Rippel IR, Damasio RC, Auersvald A. Subfascial breast implant: A new procedure. Plast Reconstr Surg. 2003;111O904-908.
- 4- Heden P, Montemurro P, Adams WPJr, Germann G, Schefaln M, Maxwell GP. Anatomical and round breast implants: How to select and indications for use. Plast Reconstr Surg. 2015;136O263-272.
- 3- Serra Renom J, Garrido MF, Yoon T. Augmentation mammoplasty with anatomical soft, cohesive silicone implant using the transaxillary approach at a subfascial level with endoscopic assistance. Plast Reconstr Surg. 2005;116O640-645.
- 4- Mallucci P, Brandfort OA,. Design for natural breast augmentation: The ICE principle. Plast Reconstr Surgery. 2016;137O1728-1737.





### Caso 1

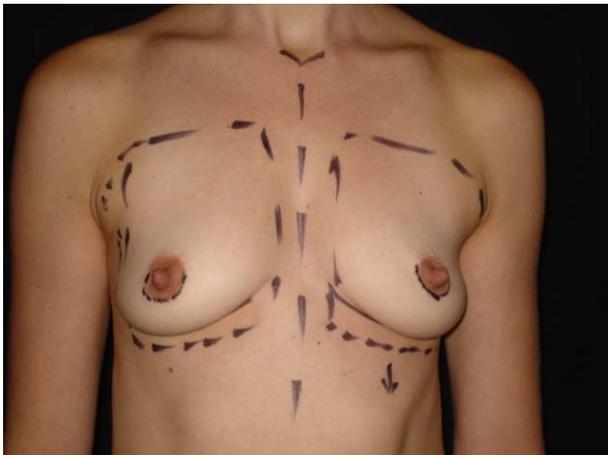
Pre y Post operatorio 6 meses implantes anatómicos 365 perfil alto.



## Caso 2

Pre operatorio con contractura capsular y descenso del surco mamario.

Post-operatorio 3 meses con recambio con prótesis anatómicas 320 perfil alto.



**Caso 3**  
Pre y Post operatorio.