

Doctores
DIEGO E. SCHÁVELZON
GUILLERMO BLUGERMAN

Cirugía estética de las mamas

Con anestesia local tumescente

Doctores
DIEGO E. SCHÁVELZON
GUILLERMO BLUGERMAN

Cirugía estética de las mamas

Con anestesia local tumescente

*Todas las preguntas,
todas las respuestas*

2006

Schávelzon, Diego

Cirugía estética de las mamas : con anestesia local tumescente /
Diego Schávelzon y Guillermo Blugerman - 1a ed. - Buenos Aires :
el autor, 2005.

120 p. ; 20x14 cm.

ISBN 987-43-9679-2

1. Cirugía Plástica-Mamas. I. Blugerman, Guillermo II. Título
CDD 617.95

Copyright © 2000

Diego Schávelzon y Guillermo Blugerman

Hecho el depósito de ley 11723

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS

1º Edición: Abril de 2000.

2º Edición: Noviembre de 2001.

3º Edición: Noviembre de 2004.

4º Edición: Agosto de 2005.

5º Edición: Julio de 2006.

Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, archivada o transmitida,
de ninguna forma y por ningún medio mecánico, fotocopiado, grabado u otro, sin la
autorización previa por escrito de los autores.

Ilustración de tapa: GABRIELLE D' ESTREES AND ONE OF HER SISTERS

Ilustraciones: ENRIQUE ZAMBRANA

Diseño de tapa: GERMAN BARRERA

ISBN 987-43-9679-2

Para mayor información comunicarse con

Clinica B&S de Excelencia en Cirugía Plástica

Laprida 1579 (C1425EKK) Buenos Aires Argentina

Tel/fax: 54-11-4821-9341/9342/8707

e-mail: info@clinicabys.com

WEB: <http://www.clinicabys.com>

*A nuestros padres y maestros, Coco y Polo.
A nuestras madres y maestras, Porota y Olga.*

Sobre la Clínica B&S de Excelencia

La nueva Clínica B&S de Excelencia en Cirugía Plástica es el resultado

del esfuerzo y del trabajo de sus directores médicos los doctores Diego Schávelzon y Guillermo Blugerman, de los miembros de su cuerpo profesional de las distintas áreas quirúrgicas y no quirúrgicas, de su personal administrativo y técnico, durante los últimos veinte años.

Cada miembro de este equipo de trabajo que conformamos en nuestra Clínica es un eslabón en una cadena de servicios que tiene como finalidad la satisfacción del paciente y pone su mayor esfuerzo para lograrlo.

Todos los procedimientos adoptados en la Clínica han sido previamente testeados y aprobados bajo los principios de la “Medicina basada en la evidencia”.

Los integrantes del cuerpo médico de la Clínica son médicos especialistas en sus respectivos campos con reconocida experiencia en los procedimientos que realizan.

El nuevo edificio ha sido planificado para cumplir con las normativas que exige la práctica de la Cirugía Plástica en el siglo XXI. En sus cinco pisos sobre un total de 1500 m² se distribuyen consultorios de cirugía plástica, dermatología, medicina estética, flebología, ci-

rugía maxilofacial, odontología estética entre otras especialidades. La planta quirúrgica está equipada con sistemas de filtración de aire al 100%. Cuenta con dos quirófanos totalmente equipados y área de esterilización de última generación. El área de internación posee siete habitaciones con baño en suite y sala de recuperación postoperatoria con equipamiento de terapia intensiva.

Acerca de los autores

Dr. Guillermo Saúl Blugerman

Nació en la ciudad de Corrientes, donde estudió y se recibió de médico cirujano en la Universidad Nacional del Nordeste, en 1982.

Ese mismo año se trasladó a Buenos Aires donde se especializó en cirugía plástica, siendo residente y jefe de residentes de la Fundación Ripetta.

Desde el año 1986 es especialista en Cirugía Plástica (estética y reparadora).

El Dr. Blugerman es activo participante y disertante en cursos, congresos y *workshops* de Cirugía Plástica, Dermatología y Medicina Estética nacionales e internacionales.

Ha realizado demostraciones quirúrgicas en vivo en EE.UU., Alemania, Francia, Austria, Holanda, España, Israel, Rumania, Bosnia Herzegovina, Paraguay, Brasil, Venezuela y Chile.

Fue distinguido como Cirujano del Mes en la revista científica *Forum in Hair Restoration*, en diciembre de 1996.

Fue distinguido como *chairman* del Congreso Mundial de Liposucción del año 2002 en Denver, Colorado, EE.UU., al que concurrieron más de 500 cirujanos y maestros de la cirugía de Contorno Corporal de más de 50 países.

El Dr. Blugerman ha realizado importantes contribuciones en el área de la cirugía corporal y del transplante de pelo, inventando numerosos instrumentos y técnicas que son utilizados por profesionales de los cinco continentes.

Es docente adscrito a la Tercera Cátedra de Cirugía de la Facultad de Medicina de la UNNE.

Es autor de capítulos en libros de texto sobre Anestesia tumescente (en alemán e inglés), toxina botulínica (en portugués e inglés), transplante de pelo (en inglés) y liposucción (en alemán).

Es autor de libros de divulgación científica sobre depilación definitiva, laserlipólisis, cirugía mamaria, rino-plastia y tratamiento de las varices.

Se desempeña como presidente de la ASE (*Aesthetic Surgery Experts*), Asociación Internacional de Expertos en Cirugía Estética.

Nació en Buenos Aires y egresó de la Facultad de Medicina de la misma ciudad, en 1977.

Dr. Diego Enrique Schávelzon

Trabajó en el hospital Juan A. Fernández, entrenándose en cirugía general y cirugía de cabeza y cuello hasta 1980. Ese mismo año inició su residencia en cirugía plástica y reparadora en México, bajo la dirección del profesor Dr. Fernando Ortiz Monasterio, titular de la cátedra de Cirugía Plástica de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Los intereses profesionales del Dr. Schávelzon se han desarrollado a lo largo de los años en diversos campos de la Cirugía Plástica, desde cirugía craneofacial y cirugía de la mano a mastología. En 1985 egresó de la Escuela Argentina de Mastología. Trabajó e investigó en pacientes quemados, y se entrenó en cirugía estética con el profesor Dr. José Robles.

Ha participado en numerosos congresos y cursos nacionales e internacionales de Cirugía Plástica, y ha publicado artículos y trabajos en revistas especializadas. Es director de la Clínica B&S de Excelencia en Cirugía Plástica de Buenos Aires, donde realiza su tarea quirúrgica.

Ejerció durante algunos años en la Academia Nacional de Medicina de Argentina, como cirujano plástico consultor.

Es miembro de numerosas sociedades internacionales: la Academia de Ciencias de Nueva York, Sociedad Internacional de Quemaduras, la Academia Americana de Ci-

rugía Cosmética (EE.UU.), la Sociedad Internacional de Restauración Capilar (EE.UU.).

Participó de la investigación y el desarrollo del sistema de liposucción *Tumescent Lipoplasty System*, junto al Dr. Blugerman. Presentó, con mucho éxito, *Laserlipólisis* en el Congreso Mundial de Liposucción en 2002.

Actualmente, está dedicado a la investigación en temas de láser y tecnología ELOS.

Prefacio

Éste, nuestro tercer libro, tiene el objetivo de poner un poco de luz a las dudas que tienen las pacientes que desean realizarse una cirugía estética sobre sus mamas.

Esa zona del cuerpo, que está tan ligada a todos nosotros desde el momento de nacer y que se ha convertido en el atributo sexual más importante para los argentinos, ocupa una parte muy especial de nuestro trabajo y estudio.

Cuando comenzamos la redacción de estas líneas, un universo muy amplio se presentó ante nosotros, debido a la variedad de las consultas y a la multiplicidad de técnicas que se han desarrollado, que merecerían varios tomos sobre el tema.

Las dudas y falsas creencias alimentadas por un sin número de fantasías y la mitología popular, hicieron que este trabajo, que en un principio iba a ser un capítulo de un libro sobre la cirugía estética en general, pasara a ser el volumen que hoy ponemos en sus manos.

Lo hacemos porque estamos convencidos de que no hay mejor paciente que la que está completamente informada de lo que se le va a hacer en su cuerpo y de las ventajas y desventajas que cada cirugía conlleva.

Esperamos que lo lean y que les sea de utilidad para encarar su cirugía con el mejor ánimo y buena predisposición.

Dr. Diego Schávelzon

Dr. Guillermo Blugerman

Introducción

¿Qué son las mamas?

Las mamas tienen una gran variedad de formas, tamaños y consistencias.

Están compuestas por piel, tejido mamario glandular y tejido graso. Las proporciones relativas entre estos distintos componentes pueden variar no sólo de un individuo a otro, sino también en las diferentes etapas de la vida de una misma persona.

La mama ideal tiene una forma que se asemeja a un cono, con la parte más ancha o base apoyada sobre el tórax y la punta en el pezón.

El tejido mamario que se desarrolla durante la pubertad, ya existe en forma de un pequeño brote desde antes del nacimiento, tanto en el feto femenino como en el masculino.

La mama no es otra cosa que una glándula de la piel, que se ha especializado y diferenciado para la producción de la leche.

Es común observar que algunos recién nacidos presentan un agrandamiento doloroso de las mamas en los primeros días debido al paso de las hormonas maternas a través del cordón umbilical y de la leche.



Cuando las mamas se han desarrollado definitivamente, en la mayoría de los casos entre los 11 y los 20 años, muestran un aspecto, consistencia y tamaño que irán variando a lo largo de la vida de esa persona debido a múltiples factores.

En las mujeres jóvenes, las mamas se muestran relativamente firmes contra el tórax y en una posición alta y están compuestas en su mayor parte por tejido glandular y muy poca grasa. Con el tiempo esto cambia.

El tejido mamario glandular es reemplazado gradualmente por grasa y las mamas empiezan a caerse en forma continua.

Este efecto está causado por la fuerza de gravedad ejercida sobre estos tejidos péndulos que no están fijados al tórax. Cuanto mayor sea el peso, mayor será la tendencia a la ptosis, nombre científico con el que se conoce a la caída de los tejidos. Es por ello que tanto los embarazos como los incrementos del peso corporal influyen sobremanera en la

forma que van adquiriendo las mamas a través de la vida de una mujer. Cuando el aumento de volumen experimentado durante el embarazo y la lactancia desaparecen, sucede lo mismo con los tejidos glandulares, que experimentan un grado de atrofia variable conocido como hipomastia involutiva que estéticamente se presenta como mamas pequeñas y caídas, con gran exceso de piel.

La edad de presentación y el grado de caída (ptosis) de los tejidos varía considerablemente. Algunas mujeres, inclusive, presentan mamas caídas desde la adolescencia sin haber pasado por ningún embarazo, probablemente por una característica hereditaria que tiene mucha relación con la calidad de la piel que contiene a estos tejidos.

De la misma manera que se heredan el color de los ojos o el trazo de la nariz, se heredan la forma y el tamaño de las mamas y la calidad de la piel que las recubre.

Es por eso que otras mujeres conservan la apariencia juvenil de las mamas durante casi toda la vida a pesar de los embarazos. En las mamas, como en muchas otras cosas, el factor hereditario es determinante.

Tipos de procedimientos estéticos

Básicamente existen tres tipos de procedimientos estéticos que se pueden realizar en las mamas: aumentarlas, reducirlas o levantarlas.

Un examen detallado de las mamas, así como de la piel que las recubre, nos indicará qué tipo o combinación

de técnicas se deberá aplicar en cada caso, para así obtener el mejor resultado posible.

Debido a la existencia de distintas escuelas quirúrgicas y a la variación de los criterios estéticos, diferentes cirujanos podrán indicar distintas soluciones a un mismo problema.

Estas decisiones también tendrán que ver con el país en que se vive, debido a que los conceptos de belleza están influenciados por las diferentes culturas. La edad de la paciente, y la existencia de cirugías previas sobre la zona determinarán la técnica a seleccionar.

Básicamente, el **aumento del tamaño de las mamas** se logra mediante la inserción de un implante o prótesis por detrás de los tejidos existentes.

Los puntos a considerar en este libro se referirán al tipo de implante que se utilizará, a la ubicación del mismo, a la incisión en la piel a través de la cual se realizará la inclusión, y si será necesaria la elevación de los tejidos mamarios existentes en forma simultánea o no.

La **reducción mamaria** es el procedimiento a través del cual se quita una porción de los tejidos mamarios para lograr mamas de menor volumen y mejor posicionadas con referencia al tórax. Se actúa fundamentalmente sobre los tejidos glandulares y adiposos.

La **mastopexia** es la cirugía que reposiciona los tejidos existentes sobre la región mamaria, sin extirpar tejido glandular se actúa principalmente sobre los excedentes de la piel.

En ambos casos suele ser necesario el reposicionamiento y elevación de la areola y el pezón que habitualmente caen junto con la glándula. La cantidad de tejido

a remover durante una cirugía de reducción, dependerá de la evaluación realizada durante la consulta previa y de los deseos de la paciente consensuados con nuestra opinión profesional.

Se han descripto muchos tipos diferentes de técnicas de reducción mamaria, y cada una de ellas dejará una cicatriz distinta en la piel.

Los diferentes cirujanos pueden tener preferencias hacia determinados procedimientos, basadas en su experiencia previa. Ciertos factores individuales y anatómicos influirán en la elección de la técnica que pueda brindar el resultado más preciso para cada caso.

En muchos casos de mastopexia se deberá recurrir a la inclusión de un implante en forma simultánea, para así lograr los objetivos estéticos deseados.

Un capítulo aparte lo constituye el de la **reconstrucción mamaria**. En estos casos se busca recomponer las formas y la simetría perdida.

Existen muchas técnicas que pueden aplicarse según el estado y la cantidad de tejidos locales remanentes después de la cirugía oncológica, el tipo de tratamiento adyuvante (radiaciones, quimioterapia, etc.) y el tiempo transcurrido.

Aun cuando este libro está dedicado a la mama, órgano asociado a la esencia misma de la mujer, no debemos olvidar que el hombre también posee esta glándula, y que, en algunos casos, pueden presentarse problemas que tienen su respectiva solución quirúrgica. Es por ello que hemos incluido un capítulo sobre la problemática del desarrollo mamario en el hombre.

Aumento del tamaño de las mamas

La cirugía para aumentar el tamaño de las mamas es un procedimiento que brinda

una gratificación instantánea.

Produce, además, sin excepciones, una transformación inmediata y sorprendente. Para lograrlo se debe recurrir a la utilización de un elemento sintético que se denomina técnicamente implante mamario.

Vulgarmente se suele hablar de prótesis mamarias, pero este término es aplicable sólo a los elementos que se usan por fuera del cuerpo. Cuando el elemento se coloca dentro del cuerpo se debe hablar de implante, como lo haremos durante todo este libro.

La inserción de un **implante** detrás de los tejidos de la región pectoral, produce el agrandamiento de las mamas y aumenta su proyección incrementando también el diámetro de la tasa.

La textura de las mamas puede también cambiar, debido a que los implantes aumentan la firmeza de los tejidos mamaros.

Básicamente, en esta cirugía se realiza una incisión sobre la piel, se elabora una cavidad o sitio receptor adecuado y se coloca un implante en la posición correcta.

El tamaño del implante que será utilizado se determinará en las consultas previas.

Hay varios factores que debemos considerar en esta cirugía.

Existen diferentes:

- # tipos de implantes mamarios (reellenos con siliconas, suero, hidrogel),**
- # coberturas del implante (lisos, rugosos o texturizados y recubiertos con poliuretano),**
- # formas (redondas o anatómicas),**
- # planos de emplazamiento del implante (arriba o debajo del músculo pectoral),**
- # incisiones a través de las que pueden ser colocados (alrededor de la areola, en el surco submamario o en la axila).**

Discutiremos cada una de estas opciones, pues existen ventajas y desventajas en cada una de ellas.

En nuestra técnica, la cirugía se realiza bajo anestesia local tumescente complementada con una sedación suave.

Resumiendo, debido a las múltiples opciones existentes, cada operación que se realiza es personalizada, y estará basada en los deseos y preferencias de la paciente y en la opinión profesional del cirujano.

La cirugía de aumento es conceptualmente diferente de los otros procedimientos que describiremos en este libro.

Mientras los otros son procedimientos de sustracción (piel, grasa, glándula mamaria, etc.), el aumento de las

mamas es un procedimiento de adición en el cual un implante es agregado al cuerpo.

Sabemos que la mayoría de las mujeres que se han realizado este procedimiento están extremadamente felices con sus implantes, pero deseamos explicarle mucho más que esto para que usted conozca a fondo el proceso que la hará sentirse tan feliz como ellas.

¿Qué son los implantes mamarios?

La mayoría de los implantes mamarios utilizados en la Argentina son las popularmente llamadas siliconas.

Son bolsas de silicona elástica rellenas con siliconas gelatinosas. Los implantes de siliconas vienen llenos de fábrica en envases perfectamente estériles.

Los primeros implantes de este tipo se introdujeron en nuestro país en 1962.

El aumento de las mamas ya se había intentado en otras oportunidades en distintos lugares del mundo durante muchos años, pero siempre utilizando la inyección de distintos materiales semilíquidos dentro de las mamas.

Por ejemplo, la parafina fue ampliamente utilizada en Asia.

Sin embargo, se observaron resultados insatisfactorios, pues cuando las mamas con parafina se infectaban, se producían pérdidas de tejidos y severas deformidades en la piel y zonas vecinas.

Durante la Segunda Guerra Mundial, las mujeres japonesas que trabajaban en cabarets y prostíbulos, ante la

presencia de clientes norteamericanos que estaban acostumbrados a gustar de los pechos abundantes, recurrieron a la inyección de siliconas líquidas dentro del tejido mamario para agrandarlos.

La silicona líquida inyectada en grandes volúmenes no se fija en ningún tejido, por lo que pronto, estas mujeres notaron que el líquido se desplazaba hacia otras zonas de su cuerpo provocando la aparición de tumoraciones y hasta úlceras en la piel, que no lograban cicatrizar.

En algunos casos más graves, las mujeres murieron, pues al inyectarles las siliconas líquidas dentro de las venas de las mamas, el material viajó por la sangre hasta los riñones, taponándolos.

Manos inescrupulosas continúan hoy con este procedimiento que nunca fue reconocido como una técnica válida.

Lamentablemente, ocurren muertes por esta negligencia, pues no sólo se inyecta este material, sino que, además, se suelen utilizar siliconas industriales que son altamente tóxicas para el organismo que las recibe.

Antes de continuar con nuestro relato histórico, queremos remarcarles que estos casos tan graves se debieron al uso de siliconas líquidas realizadas por no médicos.

En los años '50, se utilizaron implantes hechos con una esponja de un polivinilo llamado Ivalon. A pesar de

los buenos resultados iniciales, este material fue finalmente abandonado. La naturaleza porosa de esta esponja traía una inaceptable incidencia de infección y el implante fue asociado con innumerables complicaciones, incluyendo ardor, irregularidades y asimetrías.

En los '60, se desarrollaron y comenzaron a manufacturarse unas bolsas elásticas rellenas con gel de **siliconas de uso médico** y se les dio el nombre de "**implantes mamarios**". Consideradas un material inerte (que no produce reacción), las siliconas médicas se usan en dos versiones diferentes, una firme utilizada como envoltorio y la otra gelatinosa utilizada para el relleno del implante.

El gel de siliconas es el mejor material de relleno, pues presenta la misma consistencia que el tejido mamario joven.

La creación del implante de siliconas revolucionó la cirugía plástica, pues proveyó un elemento muy parecido a las mamas, para ser insertado con el objeto de aumentar el volumen de las mismas.

Cápsulas o mamas duras

del tejido glandular.

Los primeros implantes de siliconas fueron construidos con paredes muy delgadas y se emplazaban directamente debajo

de los resultados mejoraron significativamente si los comparamos con los que se habían conseguido hasta ese momento. Sin embargo, en algunos casos, se hizo presente una de las complicaciones más comunes de los im-

plantas mamarios: la "cápsula", también conocida como "endurecimiento de las prótesis".

La cápsula es un tejido cicatrizal que se forma alrededor del implante y representa una reacción normal del organismo como respuesta a la presencia de un cuerpo extraño. Las cápsulas se forman en todos los casos de inclusión, pero usualmente se mantienen blandas y no se pueden distinguir los tejidos mamarios normales del implante. Sin embargo, pueden volverse leve o moderadamente firmes y, en casos extremos, se pueden contraer adoptando una forma esférica de pelota. Cuando esto sucede, las mamas se vuelven duras y redondas, pueden elevarse sobre el tórax y volverse dolorosas. Las mamas encapsuladas tampoco se aplanan cuando la paciente se acuesta, permaneciendo inmóviles y con un aspecto muy poco natural.

Las estadísticas exactas concernientes a la frecuencia de la formación de cápsulas son dificultosas de obtener. La subjetividad del problema, mujeres que están felices con sus nuevas mamas aumentadas aun con la presencia de una cápsula dura, y la práctica privada de la cirugía estética han hecho que los estudios científicos sean difíciles de llevar adelante en éste como en otros temas. Sin embargo, en una revisión, la tasa de incidencia del encapsulamiento, oscila entre el 10 y el 50%.

También se ha notado que la dureza de la cápsula, cuando ésta existe, se incrementa con el tiempo.

Debido a que los encapsulamientos se volvieron un problema tanto para las pacientes como para los médicos, se desarrollaron modificaciones técnicas muy importantes, buscando disminuir su aparición. Los médicos no

pueden asegurar que la cápsula no se formará, pero lograron disminuir su frecuencia.

La modificación más importante consistió en el emplazamiento del implante en un plano anatómico más profundo. En lugar de colocarlos directamente debajo de la glándula mamaria, los empezaron a ubicar por debajo del músculo pectoral, que es el principal músculo del tórax. Estos músculos son relativamente delgados en la mayoría de las mujeres, pero proveen una cobertura adicional que puede ser beneficiosa en cierto tipo de implantes, brindando ventajas desde el punto de vista cosmético.

Más adelante discutiremos las ventajas de la colocación submuscular.

Desde el punto de vista funcional, el movimiento del músculo, cuando se contrae y relaja con los movimientos del brazo, produce un masaje constante de la cápsula y una movilización del implante, disminuyendo en forma notable la aparición de las contracturas capsulares. Aun cuando apareciera este efecto indeseado, se lo observa más atenuado con respecto a las cápsulas retráctiles, que se producen sobre las prótesis ubicadas por encima del músculo. En este tipo de ubicación se hacen innecesarios los masajes que se indicaban en el pasado.

¿Texturizadas o lisas?

El otro enfoque en la lucha contra la aparición de las cápsulas estuvo referido al implante en sí mismo. Los mayores progresos se observaron en la calidad de los implantes, tanto en la cobertura externa como en la textura y cohesividad del gel.

Aparecieron así las prótesis texturizadas, que se diferenciaban de las anteriores (lisas) por presentar una superficie externa opaca y rugosa. Estas prótesis demostraron ser beneficiosas para reducir la presencia de contractura capsular cuando se ubican sobre el pectoral, sin embargo, se comprobó que en la posición submuscular los resultados son mejores con el modelo liso.

Cuando se colocaron esas prótesis rugosas debajo del músculo, se observó que en muchos casos las prótesis se adherían a éste, quedando fijas en posiciones indeseadas y asimétricas.

Existen unas prótesis texturizadas que están recubiertas por una capa esponjosa de poliuretano. En algunas pacientes que han pasado por muchas reacciones capsulares y cirugías, pueden posibilitar la obtención de un mejor resultado.

Hoy se venden ambos tipos de implantes y su elección dependerá de la técnica quirúrgica que prefiera aplicar el cirujano para cada caso en particular.

Otro importante avance tecnológico está constituido por la aparición de los implantes de gel cohesivo (también llamados "implantes secos"), que a diferencia de los antiguos implantes, presentan una substancial disminución en la "transpiración de siliconas".

Estos nuevos implantes cohesivos, con un gel más compacto, producen una menor irritación en los tejidos de la cápsula y por ello brindan resultados más naturales y seguros.

La controversia sobre el gel de siliconas

A principios de los años '90 se desató una batalla co-

mercial que desencadenó en la suspensión de la venta de implantes mamarios en los Estados Unidos y en algunos países europeos. Una serie de artículos periodísticos y médicos empezaron a atribuir cierta relación entre los implantes y algunas enfermedades, tanto locales como sistémicas.

Los problemas mecánicos locales como la contractura capsular, infecciones, transpiración de siliconas, rupturas y tejido cicatrizal eran imputables a la presencia del implante propiamente dicho.

Los problemas médicos sistémicos que fueron reportados, como reacciones y enfermedades autoinmunes (también conocidas como colagenopatías), cansancio y debilidad, etc., fueron mencionados en menor escala.

La presencia simultánea de dos condiciones no necesariamente significa que una sea la consecuencia de la otra.

La correlación científica entre los implantes mamaros de gel de siliconas y los problemas de las pacientes que los han recibido, es debatible y causa una controversia que aún hoy no ha sido del todo aclarada.

Los estudios científicos más actualizados, sin embargo, concluyen que no hay una relación directa entre estos implantes y el riesgo aumentado de sufrir enfermedades autoinmunes o cáncer. ^{1 y 2}

Por otro lado, las siliconas de grado médico, que se conocen como gel de siliconas, son utilizadas en un amplio rango de productos, incluyendo medicamentos, cosméticos, alimentos procesados, etc. Tanto adultos como niños regularmente inhalamos, absorbemos o tomamos contacto con este compuesto.

A pesar de eso, la FDA retiró del mercado las prótesis de gel de siliconas para uso cosmético dentro de los Estados Unidos. En los demás países del mundo se utilizan libremente.

Paradójicamente, en EE.UU. se pueden implantar prótesis de gel de siliconas en aquellas pacientes que han sufrido un cáncer en uno de sus pechos y que precisan una reconstrucción reparadora.

En estos casos, de pacientes que han estado gravemente enfermas, la FDA autoriza el uso de estos implantes que retiró del mercado por sospechar sobre su inocuidad.

¹ Angell, M. "Evaluating the health risks of breast implants: the interplay of medical science, the law and public opinion". *The New England Journal of Medicine* 334:1513,1996.

² Brinton, I. "Breast implants and cancer". *J. Natl. Cancer Inst.* 89:1341, 1997.

Este hecho resulta particularmente llamativo y nos lleva a pensar que si se pueden utilizar en estas enfermas, también se pueden usar en las personas sanas, pero algún interés oculto lo impide.

Posteriormente, los implantes de silicona han recibido una votación favorable para autorizar nuevamente su uso en estética.

Nuevos tipos y modelos de implantes

Éstos se encuentran en desarrollo e investigación en distintos países, algunos tienen

la ventaja de ser radiolúcidos (se puede ver a través de ellos cuando se toma una mamografía).

Esto es fundamental en los implantes subglandulares, pues en esos casos los implantes interfieren con la identificación de imágenes dudosas en las glándulas. Sin embargo, con nuestra técnica de emplazamiento submuscular eso no sucede.

Antes de introducir un nuevo tipo o marca de implante para uso médico, se realizan estudios muy profundos e intensivos sobre el material utilizado, sobre el proceso de fabricación y las reacciones y consecuencias que dicho implante puede acarrear a quien lo porta.

Un ejemplo lo constituyen los implantes rellenos con aceite de soja, que prometían innumerables ventajas. Con el tiempo debieron ser retirados del mercado por los fabricantes, porque en algunas pacientes dicho aceite se tornaba rancio y despedía feo olor a través de la piel.

Implantes rellenos con suero

La alternativa más utilizada actualmente por los cirujanos y las pacientes que no confían en el gel de siliconas fue introducida en 1965. Son los implantes inflables. Estas bolsas o globos de silicona elástica (similar a la capa externa de las rellenas con gel), se introducen desinfladas en el cuerpo y, una vez adentro, se las rellena con suero fisiológico estéril que es el componente natural del cuerpo humano. Luego de introducido el relleno, se extrae el tubo conector y una pequeña válvula impide que el líquido vuelva a salir.

Nosotros no utilizamos este tipo de implantes por varios motivos:

- 1- La consistencia que tienen es mayor, por lo que, al tacto, las mamas se sienten mucho más duras que lo normal.
- 2- El suero fisiológico que se utiliza en la Argentina no tiene la misma seguridad de esterilidad que el que se usa en los Estados Unidos, por lo cual en muchas oportunidades se ha detectado la formación de bacterias y hongos dentro de los implantes.
- 3- Las válvulas que cierran la apertura por la cual se introduce el suero pueden fallar, motivando la pérdida del volumen en forma lenta y en algunos casos rápida. Esto produce una disminución gradual o aguda del volumen.
- 4- En algunos casos, pueden formarse burbujas de aire dentro del implante y éstas producen ruidos cuando la paciente se mueve.

- 5- La temperatura de este tipo de implante es inferior a la del cuerpo, por lo que la zona mamaria se siente más fría que lo habitual.
- 6- Si el implante no se rellena totalmente se pueden formar pliegues y arrugas que pueden notarse a través de la piel.

Implantes con iones de titanio

Es la última novedad en implantes mamarios.

El titanio es uno de los materiales que produce menor reacción al ser implantado en el cuerpo humano.

Basándose en esta cualidad, una empresa alemana, en alianza con PIP de Francia, diseñaron este tipo especial de prótesis recubiertas con iones de Titanio.

La consistencia, aspecto y textura son similares a los tradicionales.

Según estudios e investigaciones científicas difundidas por los fabricantes se observa menor capacidad de reacción fibrosa (encapsulamiento) en estos implantes con respecto a los convencionales. Todavía no están disponibles en el país.

La forma del implante

Los implantes se venden en dos modelos: redondos y anatómicos. Los implantes redondos, sirven fundamentalmente para aumentar

la proyección de los tejidos de la propia paciente, logrando de esa forma un aumento del relieve mamario sobre el tórax. Si consideramos que la mama es un cono con la base apoyada sobre el tórax y la punta en el pezón, el implante actúa como un suplemento en la base de dicho cono al aumentar el volumen del contenido de la región.

Éstos rellenan toda la zona brindando un escote más juvenil, motivo por el cual son los que nosotros utilizamos habitualmente.

Los implantes anatómicos tienen la forma de una mama y por ello son ideales para utilizarse en los casos de reconstrucción, después de una mastectomía, donde se precisa reponer la totalidad del volumen perdido.

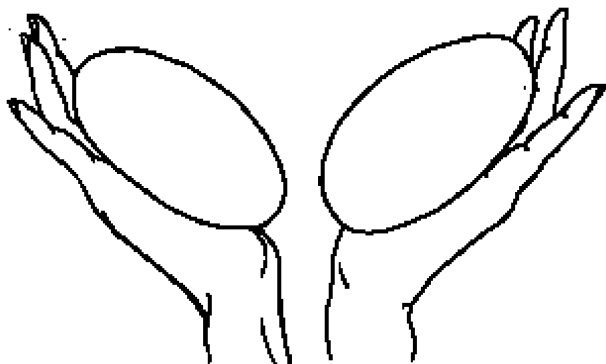


Figura 1

¿Arriba o debajo del músculo?

Una consideración muy importante, como ya lo adelantáramos, tiene que ver con la localización anatómica que se da al implante en referencia al músculo pectoral.

Los músculos más importantes del tórax son los llamados pectorales, que cubren las costillas y se insertan en el esternón.

Estos músculos no se encuentran adheridos a la mama por lo que es falsa la idea que dice que, trabajándolos en el gimnasio, se pueden levantar las mamas que se han caído.

Existen dos lugares en los que se puede ubicar un implante (ver figura 2):

- 1- En el espacio existente entre la glándula y el músculo, conocido como implante subglandular o supramuscular.
- 2- En el espacio entre el músculo y las costillas, conocido como implante submuscular.

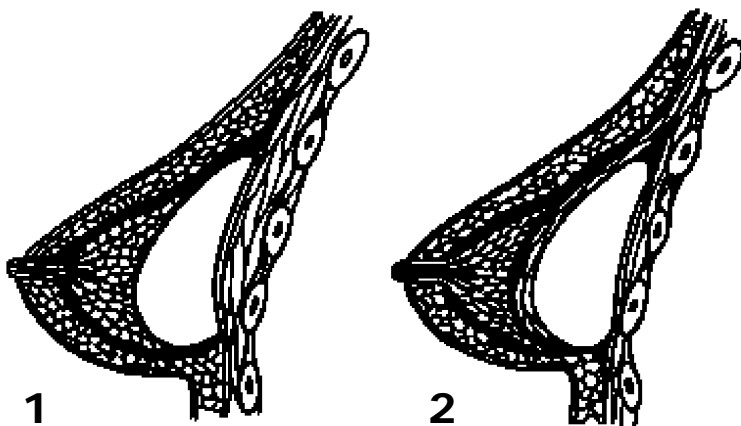


Figura 2

Existen ventajas y desventajas en ambos casos.

Muchos cirujanos utilizan siempre la misma técnica para casi todos los casos, otros prefieren cambiar el emplazamiento de acuerdo al tipo de cirugía.

Nosotros pensamos que hay suficientes ventajas en la ubicación submuscular como para aplicarla en casi todos los casos.

La ubicación del implante debajo del músculo es fundamental en las pacientes que son muy delgadas.

Cuando la piel y la cantidad de tejido mamario son muy escasos, el implante colocado sobre el músculo va a ser muy notorio y se va a ver poco natural.

En estos casos es muy importante agregar el espesor del músculo para mejorar la cobertura, la textura y el resultado estético de la cirugía. La paciente va a sentir el implante como algo propio.

Otra ventaja es la disminución de las posibilidades de producir una cápsula retráctil. El movimiento constante que realiza el músculo pectoral puede ser la explicación de la notable reducción de la formación capsular en el plano submuscular.

El músculo, además, sostiene y contiene el implante impidiendo que éste ejerza peso sobre los tejidos de la mama aumentando la caída de las mismas, tal como sucede en las prótesis retroglándulares.

Los músculos actúan como un verdadero "corpiño interno", previniendo la ptosis que se produce cuando la piel absorbe el peso del implante.

Además de las consideraciones estéticas, existen otras ventajas médicas que nos hacen preferir la ubicación submuscular. El autoexamen mamario, que debe realizarse toda mujer mensualmente para prevenir el cáncer de mama, es mucho más fácil y fidedigno. Tanto desde el punto de vista táctil como mamográfico, es mucho más fácil detectar cualquier nódulo en las pacientes que poseen implantes submusculares.

El espesor del músculo, que en promedio no supera el medio centímetro, es fácilmente visualizable por el radiólogo brindándole un importante punto de referencia en el momento del diagnóstico.

A la hora de realizar la mamografía, las maniobras permiten un mejor acceso para identificar la localización exacta y las características de cualquier lesión sospechosa, incluyendo aquellas que sólo son visibles radiográficamente.

Se ha comprobado fehacientemente que los implantes de gel de siliconas no aumentan los riesgos de cáncer de mama y, por el contrario, en algunos casos, la presencia del implante colaboró en la detección precoz del tumor.

Una de las pocas desventajas del implante submuscular reside en el hecho de que se precisa un tiempo para que el músculo se estire. Es por ello que durante los primeros tiempos del postoperatorio, el aspecto puede ser poco natural, redondo, de consistencia firme y muy pegado al tórax.



Figura 3. Músculo pectoral mayor.

Con el paso de algunas semanas, el músculo se estira y deja que el implante se acomode mejor dando el resultado final.

Otra desventaja del plano submuscular se observa cuando se contraen los músculos. En algunas pacientes se puede observar una deformación momentánea del contorno de la mama, que desaparece cuando se relaja el pectoral.

Por lo dicho anteriormente, las ventajas superan ampliamente a las desventajas, por eso es nuestra elección el plano submuscular.

¿Qué incisión?

Otro punto a tener en cuenta es la incisión a través de la que se colocará el implante. Existen básicamente tres tipos de incisiones que son las más utilizadas.

Con cualquiera de las tres se puede obtener un excelente resultado.

La incisión puede ser:

periareolar (alrededor de la areola, que es el área oscura que rodea al pezón),

submamaria (en el surco que está entre la mama y el abdomen) o

axilar (en el borde anterior de la axila).

Existe un cuarto emplazamiento que es el ombligo (umbilical), pero es utilizado por muy pocos cirujanos.

Durante la primera consulta se evaluará el tipo de incisión que sea conveniente para su caso en particular. El tipo de acceso no implica que el resultado sea diferente.

Acceso axilar

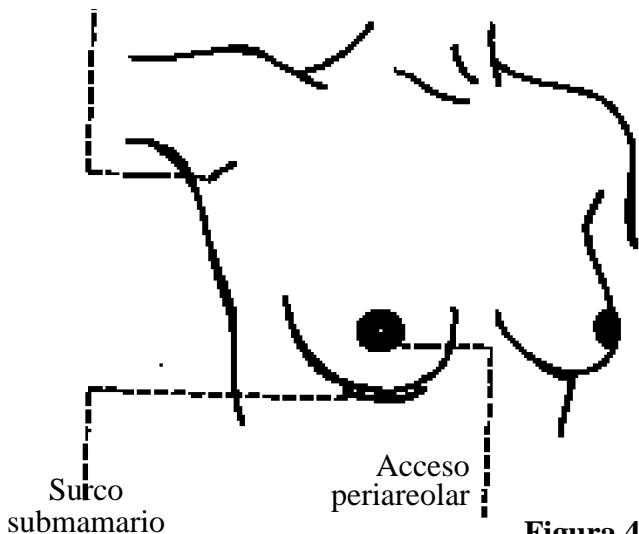


Figura 4

Cualquier tipo de implante (texturizado o liso, redondo o anatómico) puede ser introducido a través de cualquiera de las tres incisiones mencionadas y colocado en cualquier plano (submuscular o retromamario).

La mayor preocupación de las pacientes se refiere al aspecto de la cicatriz y a la repercusión que ésta tendrá sobre la sensibilidad del pezón y de la mama en general.

En cuanto a lo primero, debemos aclarar que en todos los casos, como consecuencia de la incisión, se formará una cicatriz. Aunque es una creencia generalizada que la cirugía plástica no deja cicatrices, esto no es tan así.

Los cirujanos plásticos estudiamos el arte de suturar las incisiones muy delicadamente; pero, sobre todo, tratamos de elegir las localizaciones en las que se puedan ocultar para volverlas menos aparentes.

Como todas las cicatrices, existe una tremenda variación en la forma de cicatrizar en las distintas zonas del cuerpo de una misma persona.

Todas las cicatrices son permanentes, pero la apariencia de cada una depende de muchos factores, incluyendo en qué zona del cuerpo se la ubica qué orientación tiene, cómo se produjo la cicatriz, cuánta tensión debe soportar y la técnica con la que fue reparada.

Las cicatrices de cualquiera de los tres accesos pueden variar desde imperceptibles hasta obvias.

Desde nuestro punto de vista, la incisión periareolar ofrece ventajas que nos hacen preferirla en la gran mayoría de nuestras cirugías.

Las ventajas más destacables son:

- a) La variación de color entre la areola y la piel permite ocultar la cicatriz a ese nivel, volviéndola muy poco visible en la mayoría de los casos.
- b) La incidencia de mala cicatrización en la areola es muy rara, así como la posibilidad de la formación de un queloide es muy poco probable.
- c) Esta cicatriz es parte de la que podrá ser necesaria en un futuro, si después de amamantar o con el paso de los años fuera preciso reacomodar un pezón que haya descendido.
- d) Debido a la elasticidad de la piel de la región, se precisa una incisión de menor tamaño que las otras.
- e) Al estar ubicada en el centro de la cavidad que se creará detrás del músculo, permite al médico un mejor control visual durante la cirugía.
- f) En el caso de que fuera necesaria una segunda intervención para corregir alguna asimetría o una contractura capsular, la intervención resulta más simple y segura.

En cuanto a la cicatriz submamaria, la desaconsejamos por varios motivos:

- a) Es una zona con mucha predisposición a la mala cicatrización (ensanchamiento, depresión, queloide).

- b) El supuesto surco submamario deja de existir cuando la paciente se recuesta, haciendo que la cicatriz sea muy aparente en muchas situaciones (playa, relaciones sexuales, etc.)
- c) En muchas ocasiones la cicatriz se hace visible por debajo del traje de baño.
- d) Si en el futuro precisa una corrección del descenso del pezón, deberá agregarse una nueva cicatriz.

Con referencia a la incisión axilar, puede ser visible en muchas situaciones, por ejemplo durante el ejercicio físico, en la playa, en el subterráneo o colectivo y en cualquier posición que obligue a elevar los brazos.

Técnicamente posee, además, ciertos inconvenientes referidos fundamentalmente a:

- a) La obtención de una correcta simetría, debido a la tendencia de las prótesis colocadas por esta vía a quedar en una posición muy alta e, inclusive, a desplazarse hacia las axilas con los movimientos musculares.
- b) Se ha relatado mayor incidencia de pérdida de la sensibilidad con esta vía de acceso.
- c) En los casos en que se precisa una corrección secundaria puede ser necesaria la realización de una segunda cicatriz periareolar.
- d) Si hubiera un excesivo sangrado se debe recurrir a la realización de una segunda incisión para poder controlar la hemorragia.

Otra preocupación de las pacientes se refiere a la incidencia que tendrá la incisión y la cirugía sobre la sensibilidad de la zona y en particular del pezón. Se ha hablado mucho sobre la relación entre la ubicación del implante, el tipo de incisión y el tamaño del implante utilizado y su influencia sobre las sensaciones en la zona; pero existe muy poca bibliografía específica sobre este tema.

Uno de estos estudios dio como conclusión que el factor más importante para preservar la sensación del pezón se relaciona con el tamaño del implante y no con la localización de la incisión.³

Debemos aclarar que este trabajo fue realizado en pacientes en las que los implantes fueron colocados sobre el músculo, por lo que no es totalmente aplicable a la técnica que nosotros utilizamos.

Los autores comprobaron que cuanto más grande sea el implante, mayor será la posibilidad de que la sensibilidad se vea afectada. Esto se debe, simplemente, a que, cuanto más grande sea el implante, mayor deberá ser la cavidad que lo contenga, con el consiguiente riesgo de lesionar algún nervio sensitivo de la zona.

En cualquier cirugía existe el riesgo de perder algo de la sensibilidad, pero en los cientos de pacientes que hemos operado hemos notado una muy baja incidencia de pérdida permanente de la sensibilidad y, cuando esto sucedió, se limitó a una zona muy pequeña.

Existe, sin duda, cierto riesgo potencial de alguna pérdida de sensibilidad en la cirugía de aumento de las

³ Courtiss, E "Breast sensation before and after plastic surgery". *Plast. Reconstr. Surg.* 58:1,1976.

mamas. La mayoría de las veces es temporaria, pero puede demorar entre seis meses y dos años para que la sensación vuelva a su normalidad.

En nuestra experiencia, cuando las inclusiones están colocadas debajo del músculo, existe un riesgo menor de sufrir alguna alteración de la sensibilidad en la zona.

La mayoría de las pacientes nos comentan que, al observar que sus mamas lucían como siempre soñaron, ellas y sus parejas percibieron un aumento de la sensibilidad y de la erotización.

Algunos médicos propusieron el uso de la incisión umbilical, que se presentó como una opción cuando se introdujo el uso de la cirugía endoscópica en el campo de la cirugía plástica.

La cirugía endoscópica es aquella que se realiza con visión indirecta a través de un televisor. Para realizar esta técnica es indispensable el uso de implantes rellenos con suero, por ello nosotros no la aconsejamos.

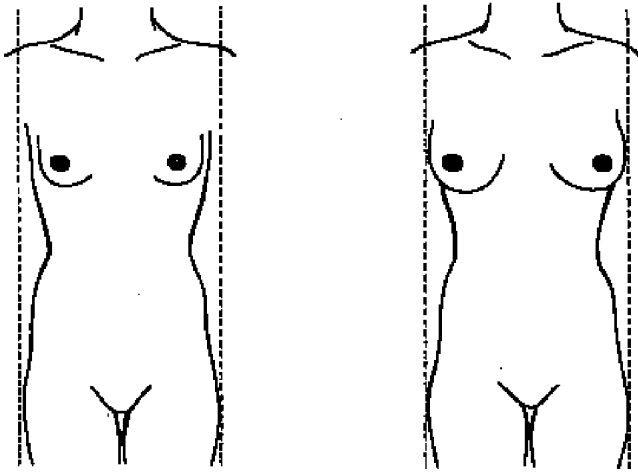


Figura 5

Eligiendo el tamaño correcto del implante

La elección del tamaño del implante debe ser un momento importante durante la

consulta.

Los implantes mamarios vienen calibrados de acuerdo con su contenido de gel de siliconas medido en centímetros cúbicos.

Por otro lado, en la Argentina, la ropa interior y las medidas de referencia se toman sobre la base de la circunferencia del tórax medida a la altura de las mamas.

Estos dos hechos complican un poco la conversación cuando queremos hablar de tamaño, pues el implante modifica en forma sustancial el diámetro de la taza, más que el diámetro del tórax.

En los Estados Unidos, los corpiños se miden por la taza A, B o C, entonces es más fácil hablar con la paciente.

Por todo ello y para simplificar el panorama, preferimos realizar una prueba con prótesis externas de distintos tamaños, que tenemos disponibles en nuestro consultorio.

De esa forma, con la ayuda de un espejo, alguna amiga y nuestro criterio estético vamos probando los distintos tamaños hasta hallar el más adecuado para esa paciente.

Estas pruebas nos darán una idea aproximada del tamaño de los implantes. Hay que considerar que las prótesis de prueba se colocan sobre la piel y no debajo de los tejidos. Una vez realizado el implante, éste estará sometido a la compresión de la piel, la glándula y el músculo, por lo que siempre se elige una medida un poco mayor que la seleccionada durante el test.

Por otro lado, nuestra experiencia juega un papel muy importante, pues podemos aconsejar a la paciente basándonos en el tipo de tórax, la altura y el estado de los tejidos, para seleccionar el tamaño que creemos más apropiado. En nuestra larga experiencia, hemos tenido muy pocos casos en los que la paciente no quedó conforme con la elección que realizamos en forma conjunta.

■ — Lorena, 21 años

"Necesitaba un implante debido a que mi mama derecha era mucho más chica, casi la mitad, que la izquierda.

Este problema que comenzó en mi pubertad, era realmente terrible. Con la ropa de invierno se disimulaba bastante, pero odiaba el verano,

porque representaba para mí un suplicio y una vergüenza.

Con toda la propaganda adversa a las siliconas, mis padres no accedían a realizar una consulta. Pero con el consejo de mi terapeuta, que conocía mis sufrimientos, recapacitaron.

Hace un año que me operé. A pesar de que las mamas no quedaron exactamente iguales, la diferencia es insignificante, y me siento la persona más feliz del mundo.

Mis padres y mis amigos dicen que hasta me cambió el humor y se extrañan de verme todo el verano en malla.”

Cirugías para cambiar o retirar los implantes

Hay algunas razones por las que una mujer que tiene implantes mamarios

puede precisar cambiarlos.

Primero, asumiendo que no hubiera otros problemas con el implante, puede no gustarle el tamaño.

Es más simple cambiar por un tamaño mayor que por uno menor, como lo explicaremos más adelante.

La poca elasticidad de la piel y del tejido mamario pueden limitar el tamaño del implante que se coloque durante la primera cirugía.

Con el tiempo, sin embargo, los tejidos ya estirados permiten la inserción de implantes más grandes en un segundo procedimiento.

Los implantes más grandes pueden ser colocados en la misma localización (encima o debajo del músculo) o en otra distinta.

En algunos casos es preciso ampliar el tamaño del bolsillo donde se localiza el implante.

Es un poco más complicado cuando se desean implantes más pequeños. Mientras que es relativamente simple retirar los implantes y reemplazarlos por unos menores, lo más complicado consiste en acomodar la piel sobrante y reducir el tamaño del bolsillo.

Con el tiempo, la piel y el músculo se estiran para dar lugar a los implantes. Este proceso lleva varios meses.

Lamentablemente, el proceso inverso no siempre es posible. Como se puede observar frecuentemente, por ejemplo en algunos embarazos, la piel del abdomen no se termina de acomodar a su nuevo contenido después del parto, lo mismo suele suceder con la piel de las mamas en este tipo de situación.

Otra razón del reemplazo puede ser la ruptura del implante.

En esos casos se procede al retiro del implante dañado, la limpieza de la cavidad y la introducción de un nuevo implante.

Éste puede colocarse en la misma ubicación o cambiarse para el plano submuscular, en el caso de que esto esté indicado.

Por último, existen algunas pocas mujeres que deciden retirar en forma definitiva los implantes. En esos casos puede ser preciso reacomodar los tejidos al nuevo contenido.

Mastopexia o Lifting de las mamas y reducciones mamarias

Los trataremos en forma conjunta pues son procedimientos muy similares. Sólo se diferencian en la cantidad y en el tipo de tejido que se extirpará.

Cuando lo que se quita es fundamentalmente tejido glandular y grasa (contenido) se habla de **reducción mamaria**.

Cuando sólo se reacomoda el contenido y se extirpa fundamentalmente piel (continente) se habla de **pexia mamaria, mastopexia o lifting de las mamas**.

En cada situación, se deberá determinar previamente qué tipo de cirugía podrá satisfacer el deseo y las expectativas de la paciente.

Generalmente, el volumen de las mamas es aceptable, pero ha ocurrido un desplazamiento del mismo provocando un aspecto inestético y, a veces, una incomodidad que vuelve infeliz a quien la padece.

En estos casos se realiza una técnica que nos posibilita acomodar los tejidos en una posición más armoniosa, acorde con las proporciones y el aspecto de la mama ideal.

Durante esta cirugía, la areola y el pezón son reubicados en una posición más alta y la glándula es remodelada para adquirir una forma cónica similar a la de la mama juvenil.

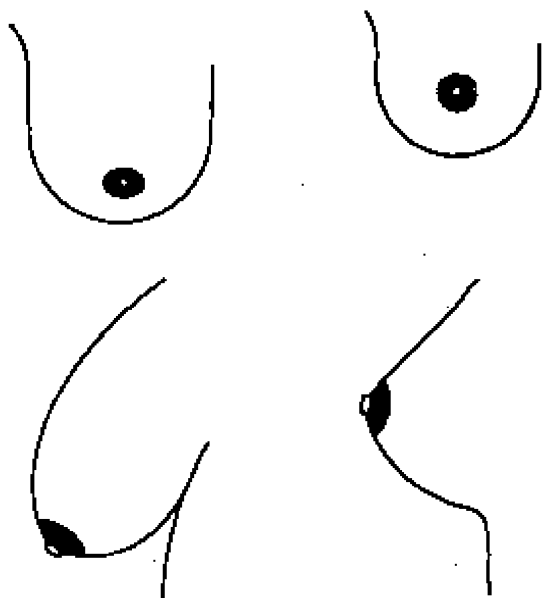


Figura 6

Una vez logrado esto, se completa la cirugía retirando los excesos de piel.

En ocasiones se complementa con la reducción del diámetro de la areola, para adecuarla a las nuevas pro-

porciones. Esto suele ser necesario en los casos de hipomastia involutiva post lactancia, donde la piel ha sufrido un estiramiento muy importante que suele coincidir con la presencia de estrías en la región.

La mastopexia mejora la apariencia de las mamas y disminuye las "marcas del tiempo", las lactancias y los cambios en el peso corporal durante la vida de dicha persona.

No existe ningún tratamiento que revierta el proceso de envejecimiento en sí mismo y detenga los efectos del tiempo y la gravedad, por lo que éstos vuelven a actuar inmediatamente después de la cirugía.

Aun cuando un cierto grado de ptosis o caída de la mama pueda persistir o inclusive recidivar después de la cirugía, este defecto será mucho menor que el que existiría si no se hubiera realizado la intervención.

Los resultados de la reducción mamaria son siempre más notorios. Además de los beneficios que trae el lifting, la reducción del tamaño produce el mayor impacto en la calidad de vida de la paciente.

Los síntomas asociados con la presencia de mamas grandes incluyen: dolores en el cuello, los hombros y la espalda, erosiones y dolorosas compresiones del bretel del corpiño, fatiga e incapacidad para hacer ejercicio e inclusive para dormir de espaldas (muchas pacientes con mamas muy grandes tienen dificultad para respirar al recostarse, debido al peso que se apoya sobre su tórax).

Estas pacientes tienen dificultades para encontrar ropa adecuada, muchas deben comprar dos talles diferentes: uno para el torso y otro para la falda.

Los regímenes para adelgazar, aun cuando esto se logre, no producen la reducción esperada de las mamas.

Esto se debe a la constitución intrínseca de la mama que posee piel, grasa y tejido glandular. La reducción de la grasa con la dieta puede a veces ayudar, pero es raro que se observe una mejoría de los síntomas que mencionamos. El componente glandular suele impedir que se logre una reducción importante del tamaño de las mamas a través del adelgazamiento, pues el tejido glandular no adelgaza.

Este hecho suele ser descorazonante para estas mujeres, que adelgazan con tanto sacrificio y ven que las proporciones de su cuerpo permanecen esencialmente invariables, o aun peor que antes, pues las otras zonas se reducen mucho más, haciendo más visible el defecto.

Tal vez ésta es la razón por la que después de la cirugía de la reducción mamaria, las pacientes se encuentran más motivadas para comenzar un régimen y mantenerse en peso. Aun sin considerar ninguna de las connotaciones psicológicas que este cambio produce, la paciente puede por fin ver que la pérdida de peso se traduce en los cambios corporales que ella esperaba.

La mayoría de las mujeres que se han realizado una reducción mamaria están realmente felices de haber tomado la decisión quirúrgica y contentas por el cambio que esta cirugía produjo en sus vidas.

Se ha descrito una amplia variedad de técnicas de reducción mamaria. De acuerdo con el tamaño de las mamas y con la cantidad de tejidos que se deba retirar, se adoptará la técnica, buscando lograr la mejor forma con la menor cicatriz. Todas las técnicas, sin excepción, dejan una cicatriz sobre las mamas.

Reducción mamaria

La cirugía de reducción mamaria se efectúa para disminuir el tamaño de los pechos. Puede ser requerida por razones estéticas, emocionales y/o físicas.

Muchas mujeres no se sienten a gusto con su apariencia, debido a que el gran tamaño de sus pechos no armoniza con su imagen.

Como ya señalamos, los pechos excesivamente grandes pueden causar dolor de espalda y cuello, mala postura, surcos en los hombros, originados por los bretelles del corpiño que se hunden en ellos y erupciones e infecciones debajo o en el surco mamario. Además, los problemas psicológicos asociados al tamaño de las mamas hacen de la reducción mamaria un procedimiento muy requerido.

Es una de las intervenciones quirúrgicas que se realizan en adolescentes –una vez que han terminado el desarrollo de las mamas–.

Este procedimiento produce mucha satisfacción en las pacientes de cualquier edad.

A continuación, detallaremos algunas recomendaciones para tener en cuenta acerca de la reducción mamaria.

- **Este procedimiento reduce el tejido de la mama y levanta el pezón hasta el nivel adecuado (la proyección del pliegue submamario).**
- **La reducción mamaria cambia el volumen del pecho y el tamaño de la areola si se desea.**
- **La areola debe ser reubicada porque frecuentemente existe un descenso o ptosis en los pechos.**
- **Recuerde que, como dice la canción, el tiempo pasa. Los efectos de la edad no se detienen después de una cirugía. Cuanto más tiempo use corpiño (lo óptimo son veinticuatro horas al día), menor será el estiramiento del tejido mamario.**
- **Se recomienda que las fumadoras dejen de fumar quince días antes de la cirugía.**

Elección del procedimiento

La decisión más importante que usted debe tomar tiene que ver con el tamaño de las mamas que desea lucir después de la cirugía.

En la consulta usted y su cirujano deberán tener en cuenta su estilo de vida, su tamaño corporal, el tipo de ropa que usa y la apariencia deseada.

Infórmese de manera que usted sea una parte activa en el proceso de la toma de decisión, pues hay diferentes técnicas para este procedimiento.

Por lo general, las mujeres que consultan para una cirugía de reducción mamaria, arrastran muchos años de frustración y odio hacia sus pechos. Por ello, es frecuente que nos pidan que los achiquemos al máximo.

Después de más de quince años de experiencia, hemos aprendido que se debe conversar mucho con la paciente para llegar al punto justo de reducción necesaria.

Anestesia Para realizar esta intervención, utilizamos la anestesia local tumescente, con una suave sedación previa. Se la explicaremos más detalladamente en otro capítulo.

Técnicas Antes de la operación, con ayuda de un marcador de fibras se señalan precisamente las zonas del pecho que serán sometidas a la reducción mamaria.

Cinco son las técnicas más utilizadas de acuerdo con las incisiones que se deben realizar sobre la piel:

Superior: para pequeñas reducciones en mamas poco caídas. Es una incisión en la parte superior de la areola.

Alrededor de la areola (Periareolar): para reducciones medianas. Se realiza una incisión circular en el borde de la areola.

Vertical: Para reducciones moderadas o grandes. Se utiliza una incisión alrededor de la areola que se prolonga con una incisión vertical en la mitad del pecho hasta el pliegue inferior. La cicatriz se describe como el ojo de una cerradura.

T invertida o ancla: Se utiliza, también, la incisión alrededor de la areola y la incisión vertical y se agrega un corte de cinco a siete centímetros, realizado en el pliegue debajo del pecho. Ésta no es utilizada en nuestra clínica, pues la cicatriz horizontal en el surco tiene mayor tendencia a la formación de queloides.

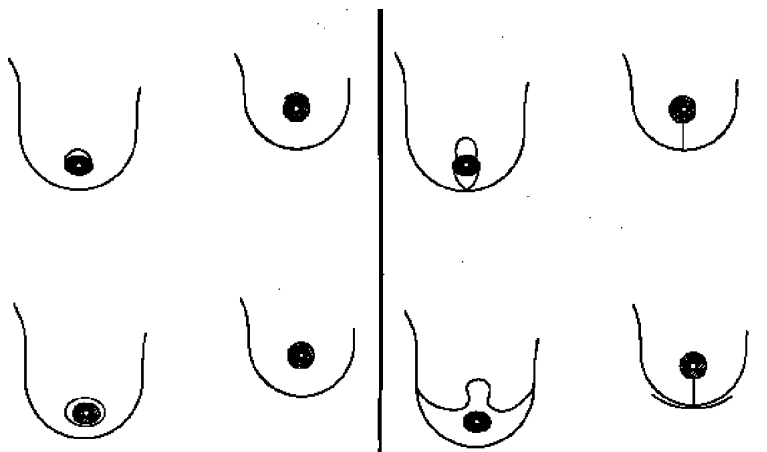


Figura 7

Breast Sculpture

Este nuevo procedimiento permite efectuar la reducción controlada de los tejidos mamarios.

Utiliza un equipamiento neumático llamado PAL (*Power Assisted Liposuction*) que está compuesto por una pieza de mano especial con cánulas recíprocas que vibran en la punta (van y vienen) provocando un movimiento constante y controlado de 4 mm. Los doctores esculpen el cono mamario de manera exacta y segura.

Esta técnica reduce grandes volúmenes de tejido adiposo de las mamas, hasta 2 kilos, sin incisiones en la piel.

No se interfiere con la lactancia.

En el post operatorio se indica un vendaje modelador que ayuda a la contracción de la piel.

Se utiliza anestesia local tumescente y dura 1 hora y media aproximadamente.

Está indicada en pacientes jóvenes con buena calidad de piel y personas mayores en las que se busca una reducción rápida del volumen y del peso de las mamas.

Después de la demarcación se aplica la anestesia local tumescente.

El cirujano realiza la incisión de acuerdo con el diseño que se ha trazado sobre la piel.

Los excesos de tejido y grasa son retirados a través de las incisiones. Algunas veces se utiliza laserlipólisis para eliminar las adiposidades localizadas en la zona de la axila. La areola, que se mantiene unida al tejido mamario, puede o no ser reducida en su diámetro antes de suturarla en su nueva posición.

El tejido y la piel de los bordes se suturan prolijamente para construir la forma deseada. En algunos casos,

se colocan finos tubos de drenaje para prevenir la acumulación de líquidos bajo la piel.

Mientras la paciente está aún en la sala de operaciones se le coloca un corpiño compresivo o una faja adecuada. Esto ayuda a que la piel se adhiera al tejido remodelado, provee soporte y también reduce la posibilidad de sangrado.

Entrevista previa a la cirugía

Acordaremos conjuntamente la nueva forma y medida de sus mamas. Trate de ser muy clara acerca

de lo que usted desea. Le informaremos sobre la incisión, anestesia y otros datos referidos a esta intervención.

Le solicitaremos algunos estudios de laboratorio, por ejemplo de sangre, que usted podrá optar por hacérselos en un laboratorio de su confianza o en aquel que le indiquemos. En algunos casos, puede que también le solicitemos una mamografía.

Se le requerirá que complete y firme el consentimiento pre-quirúrgico y, además, se le explicarán los pasos previos a la operación.

Puede ser que en esta entrevista también se le den las indicaciones para antes y después de la intervención.

Indicaciones

Las siguientes son las habituales; puede ser que el cirujano le agregue otras que acá no mencionamos:

- Ingiera un complejo vitamínico, de diez días a dos semanas antes y después de la cirugía.
- Tome además 500 mg. de vitamina C dos veces por día, las dos semanas previas a la cirugía.
- Humecte la zona con una crema que contenga vitamina E.
- Si está ansiosa, le daremos una medicación adecuada.

■ — *Graciela, 19 años.*

"Desde mi etapa de desarrollo, supe que no sería fácil para mí. Comparándome con mis amigas, yo siempre estaba un paso adelante.

La vergüenza que me producían mis pechos me llevó a engordar para disimularlos por el tamaño que habían adquirido. El remedio fue peor que la enfermedad. Ahora no sólo era teta - na, sino también gorda.

Mi madre, desesperada por mi aspecto y mis crisis de llanto, decidió hacer una consulta con el médico de la familia.

Además de un nutricionista y un terapeuta, consultamos a los cirujanos de B&S.

La calidez de la consulta me dio confianza para seguir las indicaciones de la dieta y, además, esperar con ansias la operación de reducción mamaria.

Y hoy, a dos años de dicha operación, recuerdo como un mal sueño esa etapa de mi vida.

Puedo comprarme ropa adecuada a mi edad en cualquier negocio, sin necesidad de buzos que disimulen mi aspecto.”

En los casos en que las mamas se han vuelto muy péndulas debido a las lactancias,

Mastopexia

la edad o la predisposición genética, las mujeres pueden optar por realizarse una cirugía llamada Mastopexia (levantar las mamas). Ha sido creada para elevar la posición de la areola y el pezón en conjunto con todo el tejido glandular. Es decir que es la cirugía que reubica los tejidos existentes sobre la región mamaria, sin extirpar tejido glandular. Comúnmente se la conoce como "la pinza".

Actúa principalmente sobre los excedentes de la piel. Suele ser necesario el reposicionamiento y elevación de la areola y el pezón, que habitualmente caen junto con la glándula.

Es un procedimiento que ayuda a dar una imagen más juvenil cuando las mamas están caídas.

A medida que envejecemos, los tejidos mamaros pierden parte de su elasticidad y adiposidad.

Las mujeres que han tomado la decisión de realizarse una mastopexia están muy conformes con los resultados.

A continuación, algunas observaciones interesantes sobre esta cirugía.

- **Las mujeres que no usan corpiño tienden a tener los pechos más caídos; la gravedad juega un papel importante en la caída de las mamas.**
- **La mastopexia levanta el pezón al nivel adecuado.**
- **La mastopexia –o lifting de las mamas– cambia el contorno, pero no el volumen del pecho.**
- **Este procedimiento puede ser realizado junto con una inclusión mamaria, si usted siente que no tiene un volumen adecuado de tejido mamario.**
- **Cuando se remueven implantes, a veces es necesario realizar una mastopexia.**

Anestesia

Utilizamos anestesia local tumescente acompañada, si fuera necesario, de la administración de un sedante suave.

Técnicas

La mastopexia puede realizarse por diferentes técnicas, de acuerdo con el grado de ptosis (caída mamaria) que presente la paciente. Cada técnica dejará un tipo diferente de cicatriz residual.

Cuatro son los diseños más utilizados en las incisiones:

Superior: para ptosis (caída) leves. Es una incisión en la parte superior de la areola.

Alrededor de la areola (Periareolar): para ptosis medias. Se realiza una incisión circular en el borde de la areola.

Vertical: Para ptosis moderadas. Se utiliza una incisión alrededor de la areola que se prolonga con una incisión vertical en la mitad del pecho hasta el pliegue inferior. La cicatriz se describe como el ojo de una cerradura.

T invertida o ancla: Se utiliza, también, la incisión alrededor de la areola y la incisión vertical y se le agrega un corte de cinco a siete centímetros realizado en el pliegue debajo del pecho. Ésta es la menos utilizada en nuestro centro, pues la cicatriz horizontal en el surco tiene mayor tendencia a la formación de queloide.

Con todas estas técnicas se remueven los excesos de piel dejando tensa la piel remanente.

Si el tejido glandular presente resulta escaso para lograr el resultado deseado, durante la misma cirugía se colocarán los implantes mamarios. Éstos se introducen debajo del músculo pectoral, como lo hemos explicado en el capítulo de aumentos mamarios. La areola es reubicada y suturada en su nueva posición.

Se sutura el tejido glandular, en forma de una pinza que restaura la conificación de la glándula por debajo de

la piel. Si es necesario se colocan drenajes. Finalmente, se sutura delicadamente la piel.

Cuando la paciente se encuentra aún en la sala de operaciones, se le coloca un corpiño compresivo que provee el soporte necesario y ayuda a que la piel se adhiera al tejido subyacente.

En algunos casos, cuando la cicatrización alrededor de la areola no ha sido del todo satisfactoria y pasados seis meses todavía continúa visible, se puede recurrir a una **micropigmentación** de la cicatriz utilizando pigmentos del mismo color de la areola.

Therma Breast Lift

Es el único procedimiento no quirúrgico para combatir la ptosis de mamas.

Se utiliza la tecnología ELOS, que combina Radiofrecuencia con Láser en forma de pulsos secuenciales percutáneos.

Ésta contrae las fibras de colágeno elongadas por el peso de las mamas, la acción de la gravedad, la lactancia y el daño solar.

Con el transcurso de las sesiones se observa el acortamiento de la distancia entre la clavícula y areola y una mejoría en el aspecto y la tersura de la piel del polo inferior de la mama. Las sesiones insumen de 15 a 20 minutos.

Se realizan cada 30 días, durante 4 meses.

Toxina Botulínica

En los casos de mamas chicas o medianas con una caída leve se puede recurrir a la aplicación de Toxina Botulínica (Botox o Dysport) sobre el músculo pectoral.

Los resultados obtenidos demuestran una elevación promedio de 1 cm en la altura de la areola.

Al aplicar la Toxina Botulínica en las fibras inferiores del músculo que están por debajo de la mama se logra un doble efecto: las fibras musculares activas se contraen elevando los pechos caídos y se modifica la posición de los hombros, que rotan ligeramente hacia atrás y mejoran el porte, haciendo que las mamas se proyecten hacia adelante.

El efecto dura de 5 a 10 meses.

■ — *Carina, 40 años.*

"Durante mi adolescencia, mi escote atraía la mirada de mis compañeros y profesores.

Hasta mi marido decía que él se enamoró de mí "a primera vista", cuando, a orillas del mar, pasé frente a él, en Punta del Este.

De ninguna manera me arrepiento de haber amamantado a mis tres hijos durante un año. Es una sensación maravillosa. Pero como era lógico, mis pechos se redujeron; literalmente, se desinflaron. Hasta me daba pudor quitarme la ropa frente a Jorge, mi marido.

Fue cuando decidí consultar para hacer algo por mí.

Hace tres años que me operé. Las cosas fueron tal cual me explicaron que ocurrirían: la cirugía con anestesia local, los puntos a la semana, las cicatrices rosadas durante los primeros meses, la forma redonda que va modificándose.

Hoy me alegro de haber tomado mi decisión, soy otra vez la misma, con más experiencia, tres hijos hermosos y ... Jorge está encantado.”

Ginecomastia.

El término médico ginecomastia deriva del griego y significa "mamas femeninas".

Desarrollo mamario masculino

Este problema es mucho más común de lo que se cree, afectando aproximadamente al 50 por ciento de los hombres después de los 50 años.

A pesar de que ciertas condiciones médicas y algunas drogas (incluidas marihuana y alcohol) pueden causar un aumento del desarrollo mamario, en la gran mayoría de los casos la causa es desconocida.

El problema es principalmente estético, causando incomodidades en vestuarios, playas y en la convivencia con el sexo opuesto.

La cirugía no está usualmente recomendada en niños, pues los excesos de tejidos pueden desaparecer espontáneamente.

Es muy importante la corrección precoz en los adolescentes.

Consultando al cirujano plástico

Muchos pacientes no saben a qué especialista concurrir ante la aparición de este problema. Si usted no está cómodo con el tamaño de sus pechos, nosotros podemos ayudarlo.

Se debe realizar una consulta inicial y descartar las causas orgánicas, como por ejemplo: mal funcionamiento hepático, tumores de testículos, consumo de medicación que contenga estrógenos o anabólicos.

Si lo creemos necesario, lo derivaremos al especialista apropiado.

Puede ser requerida una mamografía, ella no sólo sirve para descartar la muy rara posibilidad de un cáncer, sino que además nos ayudará a determinar la composición del agrandamiento mamario, teniendo en cuenta el porcentaje de glándula y de grasa existente.

No repare en aclarar cualquier duda que tenga durante la consulta.

Tratamiento

Si su ginecomastia consiste primariamente en excesivo tejido graso, probablemente lo quitaremos mediante una laserlipólisis.

Ésta es la técnica más moderna de modelación corporal que, utilizando la luz producida por una fuente láser, provoca la lisis (destrucción) de las células adiposas (adipocitos), transformando la grasa en una emulsión oleosa. Ésta luego es absorbida por el organismo o drenada al exterior mediante una suave succión.

Si desea más información sobre esta técnica, solicite el libro *Laserlipólisis* en nuestra clínica.

Si la causa es un exceso de tejido glandular, puede ser necesario combinar la laserlipólisis con una resección glandular durante la cirugía primaria o en un segundo tiempo.

Todas las cirugías de ginecomastia se realizan en forma ambulatoria y bajo anestesia local tumescente.

Las incisiones de la laserlipólisis, que miden 3 ó 4 milímetros, quedan ocultas en la axila, bajo el brazo. Si fuera necesario retirar tejido glandular, se realiza una pequeña incisión en el pezón, que debido a la elasticidad de la piel de dicha zona nos permite extraer el exceso sin dejar cicatrices visibles.

Después de la cirugía

En el postoperatorio usted puede sentir algunas molestias, fácilmente controlables con la medicación que le prescribiremos.

En ningún caso usted podrá manejar de regreso a su casa recién operado, ni durante los tres días subsiguientes.

Tampoco deberá hacer ejercicio o trabajo pesado por dos o tres semanas.

Deberá utilizar una faja o camiseta elástica compresiva sobre la zona que ha sido tratada, para que los tejidos cutáneos y adiposos se retraigan y readapten al nuevo contenido.

La cirugía estética busca mejorar su apariencia y su autoestima.

Su nuevo look

Es muy habitual que los pacientes nos refieran la dificultad de reducir el área mamaria, a pesar del adelgazamiento logrado con regímenes dietéticos y ejercicio.

Esto es debido a que la grasa y la glándula de la región mamaria son gobernadas por las hormonas y por ello no son susceptibles de reducirse con la dieta.

Después de esta cirugía, su tórax lucirá con una apariencia más delgada y su piel se mostrará mas firme.

Aun cuando no se haya actuado directamente sobre la areola y la mamila, éstas reducirán espontáneamente su diámetro y lucirán menos brillosas, con una apariencia más natural.

La reconstrucción mamaria

Éste es uno de los temas más apasionantes de la cirugía de las mamas y por ello ha sido motivo de estudio de miles de médicos desde la antigüedad.

La reconstrucción de la forma mamaria puede ser necesaria luego de la extirpación de un tumor en dicha región, debido a la ausencia de mama desde el nacimiento, por una malformación congénita o como consecuencia de una quemadura en la infancia.

El momento para la reconstrucción mamaria

años después (diferida).

El proceso de reconstrucción mamaria puede comenzar al mismo tiempo que la mastectomía (inmediata) o semanas o

La reconstrucción inmediata consiste en un procedimiento que empieza al mismo tiempo que la mastectomía.

Es importante saber que cualquier tipo de reconstrucción mamaria precisa varias etapas para estar completa.

Dos ventajas potenciales de la reconstrucción inmediata son que el proceso de reconstrucción se inicia simultáneamente cuando la paciente está saliendo de su mastectomía y que, además, ahorra dinero al combinar el procedimiento de la mastectomía con la primera etapa de la reconstrucción.

Sin embargo, hay más riesgo de complicaciones con las reconstrucciones inmediatas y la cirugía dura más tiempo, exigiendo una recuperación más larga.

La ventaja potencial de la reconstrucción diferida es que usted puede aplazar su decisión de la reconstrucción y de la cirugía hasta que los otros tratamientos, como la terapia radiante y la quimioterapia, se hayan completado.

La reconstrucción diferida es mejor, si su cirujano piensa que puede haber problemas con su mastectomía o si usted necesita más tiempo para considerar sus opciones.

Hay consideraciones médicas, emocionales y financieras para elegir la reconstrucción inmediata o diferida.

Eligiendo el procedimiento reconstructivo

El tipo de procedimiento de reconstrucción mamaria disponible para usted dependerá de su situación médica, la forma y el tamaño de su otra mama, su salud en general y su estilo de vida, así como de sus expectativas.

El tipo de procedimiento de reconstrucción mamaria disponible para usted dependerá de su situación médica, la forma y el tamaño de su otra mama, su salud en general y su estilo de vida, así como de sus expectativas.

La situación de cada mujer es única.

La reconstrucción mamaria puede ser lograda por el uso de implantes o con sus propios tejidos.

El **implante mamario** es un elemento relleno con fluido que es implantado quirúrgicamente por debajo de los tejidos del tórax para crear una nueva mama.

Un **colgajo de tejidos** es una porción de piel, grasa y músculos que es movilizada desde el abdomen, espalda u otra zona de su cuerpo a su tórax, para moldear una nueva mama.

Las siguientes páginas contienen una breve exposición sobre los procedimientos más comunes utilizados en reconstrucción mamaria.

Reconstrucción con implantes

Los implantes de mama han sido utilizados, estimativamente, por dos millones de mujeres, desde los comienzos de los '60, para reconstruir las mamas después de la mastectomía y para aumentar el tamaño de los pechos.

Comparada con la reconstrucción utilizando colgajos de tejidos, la utilización de implantes requiere un período de recuperación más corto y causa menos trauma y estrés al cuerpo. En los últimos quince años, ha sido y continúa siendo el procedimiento más común para reconstruir las mamas después de la mastectomía.

¿Quién es candidata para una reconstrucción con implantes?

Su cirujano es el que, basado en su historia clínica y en el estado de sus tejidos, decidirá si usted es candidata para esta técnica de reconstrucción. Las mujeres con mamas pequeñas o medianas son las más indicadas para la reconstrucción con implantes, mientras que las que tienen mamas grandes deben combinar la técnica del implante con algún colgajo de tejidos.

¿Cómo se utilizan los implantes en la reconstrucción mamaria?

La reconstrucción mamaria con implantes puede realizarse en una o dos etapas. Si los tejidos locales son suficientes, se realiza el implante definitivo en un solo tiempo quirúrgico; si no lo son, se opta por la colocación de un expansor.

- **Primera etapa: El expansor de tejidos.**

Durante la mastectomía, el cirujano general retira piel junto con el tejido glandular, dejando los tejidos del tórax planos. Para crear un espacio para que entre el implante, el expansor de tejidos debe colocarse debajo de los tejidos remanentes de su tórax.

El expansor es un elemento en forma de globo fabricado con goma de siliconas.

Se lo coloca desinflado y luego se lo va inflando lentamente con suero a través de una válvula alojada debajo de la piel.

A medida que el expansor se va inflando, los tejidos y la piel que lo cubren se estiran de la misma forma que lo hace el abdomen de una embarazada. Así, el expansor de tejidos va creando una nueva cavidad donde se alojará el implante definitivo.

La colocación del expansor se realiza bajo anestesia y en el quirófano. El tiempo de la cirugía es de aproximadamente 1 a 2 horas. Normalmente se utiliza anestesia tumescente y régimen ambulatorio y usted puede retomar sus actividades en una semana.

Debido a que la zona operada, generalmente, ha perdido la sensibilidad después de la mastectomía, es muy habitual que no sienta mayores molestias en esta etapa de la reconstrucción. Por lo general, se sienten algunas molestias y tensión sobre la zona después de cada sesión de inflado del expansor.

Durante esta primera etapa se prestará mucha atención a la posición correcta del bolsillo y al tamaño deseado.

La expansión continúa hasta que se ha logrado el tamaño adecuado.

- Segunda etapa: **Implante definitivo.**

Después que se ha removido el expansor, se coloca en la cavidad formada el nuevo implante relleno con gel de siliconas.

La cirugía para reemplazar el expansor por el implante se realiza bajo anestesia local tumescente, en quirófano y en forma ambulatoria.

El tipo y forma del implante lo decidirá su cirujano evaluando su otra mama.

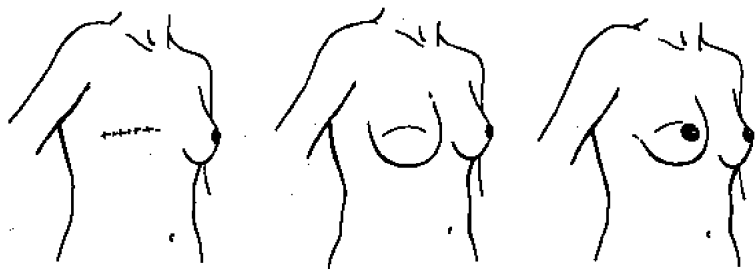


Figura 8. Los pasos de la reconstrucción.

Reconstrucción con colgajos de tejidos

Las mamas pueden ser reconstruidas también con la movilización quirúrgica de una porción de piel, grasa y músculos de otra parte del cuerpo hacia el tórax.

Esta porción de tejidos puede tomarse del abdomen, espalda, brazo o glúteos. La reconstrucción puede hacerse con tejidos solamente o asociarla a la utilización de una inclusión.

El colgajo de tejidos se puede mover mientras permanece unido al cuerpo con sus arterias y venas permea-

bles (colgajo pediculado) o separarse totalmente del cuerpo para luego ser suturado con microcirugía de las arterias y venas a las de la zona mamaria (colgajo libre). El tiempo operatorio suele ser más largo con estos últimos colgajos, por lo que no son muy utilizados.

La cirugía de colgajos es una cirugía más importante. Suele requerir internación durante algunos días y una recuperación más larga que la del implante mamario.

La cirugía con colgajos, además, deja cicatrices en las zonas donde se quitó el tejido y cicatrices adicionales sobre la mama reconstruida.

Por otro lado, la cirugía de colgajos tiene la ventaja de aportar piel y tejidos sanos a la zona torácica, hecho que es fundamental cuando existen daños que impiden el uso de expansores e implantes. Esto es muy frecuente en las pacientes que recibieron altas dosis de radiaciones.

Los colgajos utilizados con más frecuencia son el TRAM, que viene del abdomen y el *Latissimus Dorsi*, que viene de la espalda.

¿Quién es candidata para una cirugía de colgajo?

Si los tejidos existentes en su tórax son insuficientes o inadecuados para realizar una reconstrucción con expansores y prótesis, usted será candidata para la cirugía de reconstrucción con colgajos.

Es muy importante que tenga en cuenta que la cirugía de reconstrucción con colgajos es más grandes que la de la mastectomía a la que usted se sometió.

Por ello, se requiere un buen estado de salud y una fuerte motivación.

Si tiene un exceso de peso importante, fuma, tuvo cirugías previas en las zonas de donde se tomarán los colgajos o tiene problemas circulatorios, usted no es una buena candidata para este tipo de reconstrucción.

También en el caso de que fuera muy delgada, puede ocurrir que no tenga suficiente tejido para aportar un colgajo.

El colgajo TRAM

Durante el procedimiento conocido como colgajo TRAM (*Transversus Abdominus Musculocutaneous*), el cirujano toma una porción de tejidos del abdomen inferior y lo mueve hacia el tórax para reconstruir la mama. La cirugía del abdomen es muy similar a la que se utiliza para reducir las adiposidades y estirar la piel de esa zona, comúnmente conocida como Dermolipectomía.

La cirugía se diferencia en que la porción de piel continúa unida al cuerpo por uno de los músculos del abdomen, para que mantenga una adecuada circulación.

Es una cirugía relativamente larga y suele precisar una internación de uno o dos días y un reposo relativo de dos o tres semanas.

La complicación más habitual es la eventración del abdomen, por lo que si usted piensa quedar embarazada después de esta cirugía, deberá hablar con su médico para evaluar la conveniencia de esta técnica.

Las cicatrices resultantes de esta cirugía serán: una horizontal en la parte baja del abdomen y otra en el surco por debajo de su mama reconstruida.

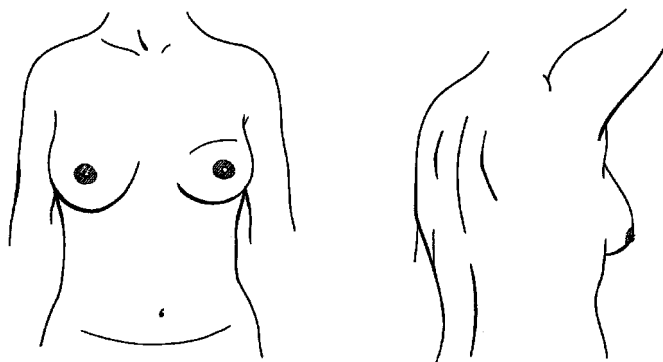


Figura 9

El colgajo de *Latissimus Dorsi*

Durante el procedimiento de reconstrucción mamaria con colgajo de *Latissimus Dorsi*, su cirujano movilizará una porción de tejidos desde la parte superior de su espalda hacia la región del tórax, para reconstruir su mama.

Debido a que el colgajo de *Latissimus Dorsi* suele ser más delgado que el TRAM, se debe recurrir a la utilización de un implante para tener el volumen necesario. Éste es un procedimiento que lleva unas tres horas de cirugía.

Como resultado, usted tendrá una cicatriz horizontal en la parte superior de la espalda a la altura del elástico

del corpiño y otras adicionales en el surco debajo de la mama reconstruida. Como secuela puede quedar una cierta dificultad para mover el hombro del lado operado.

Tabla comparativa entre los implantes y los colgajos dorsal y TRAM.

Tiempo promedio de la cirugía	1-2 horas	2-4 horas	3-6 horas
Promedio de estadía hospitalaria	0 días	2-3 días	2-5 días
Transfusión de sangre	Nunca	Nunca	A veces
Tiempo promedio para retomar la actividad diaria	2-3 semanas	2-3 semanas	6-8 semanas
Características	Usa un implante	Se puede o no utilizar un implante.	Sin implante. Cicatriz en el abdomen.
	Sin cicatrices adicionales.	Cicatriz en la espalda.	Puede haber debilitamiento persistente en los músculos del abdomen.
	Sin modificaciones de la fuerza muscular.	Puede haber debilitamiento de músculos en los hombros.	Puede dejar un abdomen flácido.

En general, la reconstrucción con implantes es inicialmente más barata y menos extensa que la de los colgajos. A su vez, la reconstrucción inmediata es más barata que la diferida. Consulte con su cirujano y su seguro médico sobre los gastos que estarán cubiertos.

Tratamientos complementarios

Quereamos incluir en este capítulo algunos problemas que afectan la zona mamaria y que no suelen tener cabida en los libros que se escriben sobre las mamas.

Estrías

Las estrías cutáneas suelen afectar la región mamaria en dos momentos caracterizados por la expansión rápida del contenido glandular.

Nos referimos a la adolescencia, en la cual la glándula comienza a crecer y al embarazo, en el cual la mama se prepara para producir la leche que nutrirá al futuro bebé.

En el caso de las estrías, como en tantos otros temas, lo más importante es la prevención.

La estría cutánea es la consecuencia de la ruptura de las fibras elásticas de la dermis. Es una cicatriz interna que se produce en las capas profundas de la piel.

En un primer momento, las estrías se presentan de color rojo y, con el paso del tiempo, se van aclarando hasta obtener el color blanco nacarado que las caracteriza.

La prevención se basa, fundamentalmente, en el uso abundante de cremas nutritivas e hidratantes durante las etapas más proclives. Se debe evitar el rascado y los ascensos y descensos bruscos de peso.

Una vez producida la lesión existen algunos tratamientos paliativos que podrán hacer que las estrías sean menos aparentes; pero, lamentablemente, hasta el presente no se ha podido encontrar una forma de reparación completa.

Los tratamientos más efectivos consisten en la combinación de una microdermoabrasión con Md Peel y el uso continuo de una crema con ácido retinoico.

Con esta técnica, se han podido observar mejorías significativas en todos los tipos de estrías.

Hirsutismo del tórax

El hirsutismo se define como la distribución pilosa de características masculinas en una mujer.

Una de cada diez mujeres presenta algún grado de hirsutismo. Las causas más frecuentes son la herencia, los desequilibrios hormonales y la poliquistosis del ovario.

Existe una amplia gama de gravedad de este defecto que va desde unos pocos vellos terminales alrededor de las areolas, hasta pilosidades completas que llegan a cubrir el esternón y las mamas.

Fuera del tratamiento del desequilibrio hormonal, si lo hubiera, se deberán tratar localmente los bulbos pilosos mediante las técnicas de depilación médica definitiva con tecnología ELOS, que hemos descrito en nuestro libro *Depilación definitiva*.

Megapezón

Es muy frecuente en aquellas mujeres que han amamantado durante largos períodos de tiempo. Por lo general les dificulta el uso de remeras debido al abultamiento antiestético que produce.

El tratamiento consiste en efectuar una reducción de su tamaño mediante la extirpación quirúrgica, con anestesia local, de una porción del mismo.

Pezón umbilicado

Puede presentarse en forma unilateral o bilateral. En algunos casos se corrige espontáneamente después de la lactancia, pero en otros persiste. Consiste en una retracción permanente del pezón, que queda oculto bajo la areola.

Existen técnicas específicas para solucionarlo mediante una pequeña cirugía con anestesia local.

Debe prestarse especial atención cuando la retracción del pezón aparece en la mujer adulta, pues puede ser uno de los síntomas de un tumor canceroso de la mama.

Postura

La relación de los senos con la postura es más estrecha de lo que podemos imaginar. Hay adolescentes que, por vergüenza de sus pechos que están creciendo, tienden a esconderlos entre los hombros cerrados. De esa forma, empeoran el problema empujando las mamas ha-

cia delante y aumentando la acción de la gravedad sobre ellas. La consecuencia inevitable será la mayor tendencia a la ptosis.

Para reorganizar la postura y devolver al cuerpo su posición correcta, se debe recurrir a la ayuda de un terapeuta físico o de un kinesiólogo, que enseñarán las posturas adecuadas.

Por medio de masajes específicos, el profesional coloca en su lugar los músculos contracturados durante años. También trabaja con reeducación postural, enseñando a las personas a caminar erguidas, a sentarse y a moverse correctamente.

La buena postura tiene como efecto colateral proyectar las mamas sobre el tórax, haciendo que éstas luzcan más erguidas.

Cremas y cosméticos

Los cosméticos para el busto mejoran la hidratación de la piel y estimulan la formación de fibras colágenas, pero de ninguna forma podrán revertir la flaccidez ya instalada. En otras palabras, ¡no existen los milagros!

Son ideales para prevenir la aparición de estrías y flaccidez.

Al colocar las cremas, masajee suavemente de abajo hacia arriba en sentido horario y con movimientos circulares en ocho alrededor de las mamas.

Si no desea usar una crema, nosotros la asesoraremos.

Tratamientos estéticos

Se utilizan diferentes tipos de tratamientos con microcorrientes, arcillas, geles, etc.

No existen comprobaciones científicas que respalden este tipo de tratamientos. Siempre que se realicen en forma suave, no provocan efectos colaterales negativos.

Exfoliación

La exfoliación con cremas, geles o aparatos sirve para renovar la piel y dejarla más suave. Está recomendada fundamentalmente para las personas que toman mucho sol o cama solar, hábitos que dejan la piel más gruesa. Se realiza una vez por semana aplicando y masajeando suavemente el exfoliante en la región.

Algunos detalles de la técnica anestésica

La tumescencia

Uno de los avances más innovadores en la liposucción fue introducido en 1987 por un cirujano norteamericano.

Esta nueva forma de liposucción bajo anestesia local fue conocida como *Lipoplastia Tumescence*. Grandes cantidades de líquido (varios litros) de una solución con adrenalina y anestesia local muy diluida se infundían dentro de la grasa de las áreas a ser succionadas.

Esta solución tumescente brindaba la anestesia local necesaria durante el procedimiento, permitiéndole al paciente permanecer tranquilo y cómodo durante la cirugía y evitando los riesgos de la anestesia general.

El sistema Blugerman - Schávelzon de Anestesia Tumesciente

Los doctores Diego Schávelzon y Guillermo Blugerman diseñaron y patentaron en los Estados Unidos,

hace unos años, un equipamiento especial que permite realizar una anestesia tumesciente más efectiva y segura.

Este sistema denominado *Blugerman-Schávelzon Tumescient Lipoplasty System* ha sido comercializado en más de 20 países del mundo. En 1997, el Dr. Schávelzon realizó demostraciones de esta técnica en la ciudad de México.

En el mes de noviembre de 1998, el Dr. Blugerman realizó demostraciones en Alemania y, en marzo de 1999, en Orlando, EE.UU., sobre el uso de esta tecnología, fundamental como complemento de la Laserlipólisis.

La bomba de anestesia, así como los demás elementos, se usan a diario en Alemania, Austria, España, EE.UU., México, Paraguay, Brasil y Colombia, entre otros países.

Constantemente acuden al Centro B&S de Excelencia en Cirugía Plástica médicos cirujanos del extranjero, deseosos de compartir conocimientos y de aprender nuevas técnicas.

En enero de 1999, ha sido publicado el libro en idioma alemán *Tumeszenz-Lokalanästhesie* de los doctores Sommer y Sattler dedicado a la Anestesia Tumesciente, en el cual los doctores Blugerman y Schávelzon han colaborado como autores del capítulo de Abdominoplastias.

En Alemania se ha constituido la *International Society of Tumescent Anesthesia* y el Dr. Blugerman ha sido nombrado vicepresidente de la misma en reconocimiento a sus aportes científicos a esta especialidad.

Menor sangrado. Más tiempo disponible para lograr el mejor resultado

La adrenalina diluida en la solución tumescente contrae los vasos sanguíneos de la zona reduciendo a un mínimo el sangrado y los hematomas, con lo cual el cirujano puede tomarse todo el tiempo necesario para remodelar el área, buscando y obteniendo mejores resultados.

También la anestesia tumescente provee una recuperación rápida y confortable, reduciendo el tiempo de convalecencia de varias semanas a unos pocos días.

Utilizando este sistema más avanzado, los cirujanos pudieron quitar en forma segura grandes volúmenes de grasa (en promedio tres a cuatro litros por procedimiento), sin anestesia general y sin pérdida significativa de sangre.

Aplicación de la anestesia tumescente en la cirugía mamaria

Observadas las innumerables ventajas de esta nueva técnica anestésica, algunos cirujanos plásticos empezamos a aplicarla en las otras cirugías que realizamos habitualmente.

A partir de 1990, incorporamos la anestesia tumescente a la cirugía facial, a la cirugía del abdomen, a las cirugías de inclusión de implantes en distintas zonas del cuerpo (glúteos, pantorrillas y mamas) y, finalmente, en las reducciones mamarias y en las reconstrucciones post mastectomía.

Los resultados fueron tan buenos que, prácticamente, hemos prescindido del uso de la anestesia general.

Sin anestesia general ni internación

requería anestesia general, que en algunos casos precisaba una transfusión sanguínea y cuyas recuperaciones prolongadas eran acompañadas de profusos moretones.

De hecho, algunos cirujanos continúan haciendo hoy ese tipo de cirugía de las mamas y recomiendan transfundir una unidad de sangre.

En contraste, la cirugía de las mamas con anestesia local tumescente no requiere transfusiones y los moretones son mínimos.

Éste fue un avance fundamental comparado con la antigua cirugía de las mamas que

Seguridad comprobada

La anestesia tumescente se ha convertido en una técnica refinada y con resultados predecibles, usada ahora en todo el mundo.

Debido a la anestesia tumescente se logró disminuir drásticamente el sangrado y los moretones, trayendo gran confort y seguridad para la paciente y brindando resultados superiores.

Un estudio norteamericano publicado por los doctores Hanke, Bernstein y Bullock en la revista *Dermatologic Surgery*, en el año 1995, demostró que sobre más de 15.000 cirugías que incluyeron 44.000 áreas con anestesia tumescente realizadas por 66 cirujanos diferentes, no se observó ninguna muerte, transfusión sanguínea, ni internación de emergencia.

Tomando una consulta

El primer paso para una persona que está considerando hacerse una cirugía de las mamas es realizar una consulta en nuestro Centro, con uno de nuestros médicos especialistas en esta técnica.

Durante su consulta es importante que queden aclaradas todas las dudas que usted tenga. Es interesante que venga a dicha entrevista con las dudas por escrito para no olvidar ninguna.

El médico le hará algunas preguntas sobre su historia clínica y la examinará.

Le informará su opinión sobre las zonas que deberán tratarse y qué resultados se podrán obtener.

Le explicará sobre la cirugía y los cuidados postoperatorios que deberá tener.

Se le pasará un presupuesto para su caso en particular.

El médico le hará el pedido de análisis clínicos necesarios, que incluirá un chequeo de sangre y coagulación.

Si usted ya se ha decidido y quiere repasar con nosotros algunas dudas la invitamos a leer éstas:

RESPUESTAS A SUS PREGUNTAS SOBRE LAS CIRUGÍAS DE MAMAS

*Usando el sistema peristáltico de anestesia tumescente de los
doctores Guillermo Blugerman y Diego Schávelzon*

Utilice esta hoja para escribir sus dudas:

1.....

.....

.....

2.....

.....

.....

3.....

.....

.....

4.....

.....

.....

¿Qué significa la cirugía de las mamas con anestesia tumescente peristáltica?

La **cirugía de las mamas** bajo anestesia tumescente peristáltica es la combinación de las técnicas más modernas y seguras que existen para lograr una modelación del tejido mamario.

La **anestesia tumescente** es una técnica desarrollada en 1987, en EE.UU., por el Dr. Jeffrey Klein y es utilizada por miles de cirujanos debido a su seguridad en la ejecución y en los resultados.

Consiste básicamente en el empleo de grandes volúmenes de líquido anestésico tibio muy diluido, que distiende el tejido adiposo y glandular para facilitar las maniobras quirúrgicas.

El **sistema peristáltico**, desarrollado en Argentina por los doctores Guillermo Blugerman y Diego Schávelzon, suma a las ventajas de la técnica de Klein el uso de una bomba de infusión y aspiración que utiliza materiales totalmente descartables.

Dicho sistema ha sido patentado en los Estados Unidos y es utilizado por muchos cirujanos en nuestro país y en el extranjero, entre ellos uno de los "padres de la lipospiración", el Dr. Piere Fournier, en París, Francia.

¿Qué sucederá el día de la cirugía y cómo debo estar preparada?

En el momento de programar su fecha para una cirugía, se le entregará por separado material, con las

instrucciones a seguir con anterioridad a la operación, que le ayudará a prepararse para la **cirugía de las mamas**.

Lo que detallamos a continuación, sin embargo, le dará una mejor idea sobre la real experiencia de una **cirugía de las mamas** y qué es lo que usted puede esperar.

Pedimos que la paciente llegue a nuestra clínica con veinte minutos de antelación respecto de la hora convenida de la cirugía.

Tendrá que prever **que alguien la vaya a buscar luego**, especialmente si se le suministró algún sedante, lo que es habitual. Aun cuando nuestras pacientes dicen sentirse admirablemente bien, insistimos en esta medida precautoria.

Luego de su ingreso, tomamos fotografías pre-operatorias y marcamos sobre las mamas los diseños que nos guiarán durante la cirugía.

Después de un último viaje al baño, entrará a la sala de operaciones. En este momento se "pintará" su cuerpo con un antiséptico amarillento para ayudar a **esterilizar la piel**.

Entonces podrá acostarse confortablemente sobre la camilla, en la posición más adecuada para trabajar sobre el tórax.

Generalmente, conectamos un **suero** a una de sus venas para darle líquidos, antibióticos y analgésicos en forma directa.

Se coloca un **aparato para controlar la presión** en su otro brazo y se ubican los electrodos para el **monitoreo cardíaco**.

También ponemos un aparato (**oxímetro de pulso**) en uno de sus dedos, para medir la cantidad de oxígeno en su sangre.

Luego, anestesiarnos los lugares donde se efectuarán las incisiones y, finalmente, estaremos listos para comenzar la cirugía. Generalmente, se demora cerca de una hora en la preparación preoperatoria, antes de que la cirugía real comience.

Aunque hay variaciones de paciente a paciente, la inyección de la solución anestésica es sorprendentemente fácil. Muchas pacientes informan que sienten mayor molestia por la distensión de los tejidos que por la inyección propiamente dicha. Luego, dejamos pasar un tiempo hasta que el líquido se difunde en el tejido y anestesia el área por completo. Una vez que el área está completamente dormida, procedemos a la **cirugía de las mamas** con poca o ninguna molestia, mientras usted está descansando. Si se encuentran zonas sensibles, se inyecta más solución anestésica.

Finalizada la cirugía, se lavan y se cubren las incisiones con apósitos estériles. Se retiran los monitores y el medidor de presión y se le ayuda a ponerse su corpiño de compresión, que también controla la hinchazón y los moretones. Luego de un breve reposo, estará lista para vestirse e irse a su casa. Pueden transcurrir 12 horas o más antes de que pueda ocurrir una molestia importante, debido a la acción de la anestesia local.

Es una buena idea que alguien la acompañe la primera noche posterior a la cirugía.

Antes de irse, le daremos instrucciones postoperatorias por escrito. Es muy importante que siga dichas instrucciones para asegurar los mejores resultados posibles. También haremos un seguimiento mediante controles por el lapso de, aproximadamente, quince días después de la cirugía, cuando podrá dejar de utilizar el corpiño compresivo.

Debido a la gran cantidad de líquido que se emplea como conductor de la anestesia, es habitual que se coloquen drenajes aspirativos, que se retirarán 24 a 48 horas después. Usualmente se produce un drenaje abundante de líquido teñido de sangre durante las primeras horas. **No se asuste.** La hinchazón tiende a reabsorberse lentamente, por lo cual mostrará un mejor perfil corporal entre siete y treinta días después.

Si tuviera cualquier pregunta adicional o dudas sobre la **cirugía de las mamas**, no dude en llamarnos.

También, podemos ponerla en contacto con una de nuestras enfermeras o con pacientes, para que le cuenten su experiencia con esta técnica.

Cuidados prequirúrgicos

Estas sugerencias tienen como objetivo hacer sentir a la paciente más comfortable en los momentos previos a su cirugía.

Evite fumar, así como beber alcohol. No tome vitamina E o algún medicamento que contenga aspirina o ibuprofeno. Generalmente, se recomienda tomar estas medidas dos semanas antes de la cirugía.

- Avísenos acerca de cualquier medicación que esté tomando, incluyendo productos homeopáticos o de ingredientes naturales.
- Asegúrese de comprender muy bien estas indicaciones. Vuelva a preguntar lo que no le haya quedado claro.
- Cumpla las instrucciones acerca de la higiene de las áreas quirúrgicas la noche anterior a su cirugía.
- Deberá permanecer en ayunas (incluso agua), un mínimo de seis a ocho horas antes de su operación.
- Arregle lo necesario para que la vayan a buscar a la clínica después de la cirugía.
- Arregle para que alguien la acompañe la primera noche del postoperatorio.

A continuación, haremos una síntesis referida a los cuidados anteriores, si programa su cirugía con 30 días de antelación.

30 DÍAS ANTES DE LA CIRUGÍA

- ¡Deje de fumar ya!
- Evite la cafeína o cambie a café descafeinado.
- Deje de tomar vitamina E y vitamina A extra (retrasa la coagulación).
- No coma ajo en grandes cantidades (también interfiere en la coagulación de la sangre).

- Evite la aspirina y el ibuprofeno.
- Elimine las especias y regule el consumo de sal (puede provocar una hinchazón creciente después de la cirugía).
- Continúe un buen programa de gimnasia para aumentar la circulación de la sangre hacia la piel.

15 DÍAS ANTES DE LA CIRUGÍA

- No fume.
- Nada de cafeína (puede interferir con los medicamentos).
- Nada de alcohol (causa moretones, disminuye la capacidad de su cuerpo para metabolizar los medicamentos).
- Nada de aspirina, ibuprofeno o productos que contengan aspirina.
- Tome vitamina K extra si es necesario (con prescripción médica).
- Nada de vitamina E.
- Coma alimentos ricos en hierro.
- No use productos para la piel nuevos, para evitar reacciones adversas.
- Evite personas que puedan tener gripe o un resfriado.

10 DÍAS ANTES DE LA CIRUGÍA

- Haga los arreglos para las compras y recetas preparadas.
- Arregle las llamadas telefónicas, de manera que no le perturben ni antes ni después de su cirugía.
- Notifique a su médico si usted desarrolla cualquier herpes (aftas) o infecciones de la piel.
- Coma diariamente alimentos ricos en hierro.
- Coma carbohidratos, cantidades de cereales enteros (integrales), frutas y verduras.
- Consulte con nosotros acerca de la suspensión de cualquier medicamento corriente.
- Realice todos los estudios pre-operatorios.

3 DÍAS ANTES DE LA CIRUGÍA

- Si usted sospecha que puede estar embarazada, hágase el test.
- Evite productos lácteos (parecen incrementar la mucosidad).
- Evite los cítricos (pueden ser demasiado ácidos).
- Seleccione videos o cassettes, viejas películas, libros, etc.
- Haga los arreglos necesarios para trasladarse a la clínica y para regresar al hogar después de la cirugía.

2 DÍAS ANTES DE LA CIRUGÍA

- Deje material de lectura o trabajo de oficina en su casa.
- Deje las alhajas y todos los objetos de valor en su casa.

1 DÍA ANTES DE LA CIRUGÍA

- Haga una larga caminata, vea una película o goce de un concierto.
- Haga una cena nutritiva, rica en proteínas y carbohidratos.
- Nada de sal.
- Beba ocho vasos llenos de agua.

ABSOLUTAMENTE:

- **Nada de aspirina (causa sangrado).**
- **Nada de alcohol, ya que favorece los moretones en la piel.**
- **Nada de lácteos, ya que favorecen la producción de mucosidad en el estómago.**
- **Nada de cítricos, pueden producir acidez.**
- **La cafeína interfiere con los medicamentos.**
- **Nada de chocolate (tiene cafeína).**
- **Nada de café o té, pues tienen cafeína.**
- **No coma o beba después de la medianoche.**
- **No suspenda los medicamentos recetados (para el corazón, presión, etc.)**

La anestesia puede crear una sensación nauseosa después de la cirugía. Todas las personas son diferentes, pero la estadística y nuestra experiencia nos dicen que los pacientes, cuando siguen una dieta muy simple el día anterior, no tienen náuseas.

El principio básico de este menú es comer, no hartarse. Podría comer algo dulce con azúcar para el postre: una tarta de manzana o de alguna fruta que usted prefiera. El azúcar cubre el revestimiento del estómago y da energía.

Y algo de grasa. La grasa ayuda al cuerpo a absorber los medicamentos en su sistema, especialmente el antibiótico y otro medicamento que usted tomará el día siguiente.

DÍA DE LA CIRUGÍA

- Lleve una camisola que tenga botones o cierre al frente.
- Lleve zapatos bajos, cómodos, pero no sandalias o zuecos.
- No lleve panty ni tacos.
- No coma o beba nada después de la medianoche.
- No use alhajas ni lleve objetos de valor a la cirugía.
- Si usa lentes de contacto, dentadura postiza o anteojos lleve la caja respectiva con usted.
- Relájese.

Estudios preoperatorios

Antes de decidir una cirugía de las mamas, como para cualquier cirugía plástica, deben realizarse algunos exámenes de sangre para evaluar el estado general de salud de la paciente.

Para ello, solicitamos los siguientes estudios de laboratorio.

Hemograma completo: con el que se estudia la composición de la sangre y se descartan estados anémicos, infecciones ocultas, etc.

Coagulograma completo: el que nos asegura que la paciente tendrá una buena coagulación, disminuyendo la pérdida sanguínea y la posibilidad de hematomas.

Glucemia: para descartar la presencia de diabetes.

Uremia: para evaluar el funcionamiento de los riñones.

Test de Elisa para HIV: para descartar la presencia de un Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en actividad.

Riesgo quirúrgico: si tiene algún antecedente de enfermedad cardiovascular o hipertensión, es recomendable que se realice un electrocardiograma y un examen cardiológico de evaluación de riesgo ante una cirugía bajo anestesia local.

Mamografía: es deseable tener una mamografía previa a la cirugía. Si usted nunca se realizó ninguna, debe solicitarnos una orden para hacerlo.

En el caso de que usted venga desde el exterior o no viva en Buenos Aires, es de gran utilidad que concurra a la primera consulta con estos exámenes ya realizados.

Consentimiento informado

Como en cualquier intervención quirúrgica, se le solicitará que firme un documento que indica que ha leído y entendido en qué consiste el procedimiento que realizaremos en sus mamas.

El objetivo primordial de este libro es informarla debidamente sobre lo que puede acontecer en este tipo de cirugía, pues no hay mejor paciente que la que sabe lo que le va a suceder.

El postoperatorio

La recuperación de la cirugía de aumento mamario es más rápida que la de la mastopexia y la de reducción, pues las incisiones son mucho menores. En todos los casos, usted usará un corpiño compresivo sobre la zona desde el momento de la cirugía y sólo podrá retirarlo cuando nosotros se lo indiquemos.

La anestesia tumescente local continuará actuando durante las primeras 12 horas, por lo que sentirá muy pocas molestias o dolor en este período inicial.

Por lo general, los implantes submusculares pueden provocar una molestia similar a la de un dolor muscular durante la primera semana postgimnasia, debido a la ruptura de las fibras del músculo pectoral. Esta molestia se minimizará con el consumo de un analgésico y un relajante muscular y la aplicación de hielo sobre la zona.

Le prescribiremos un antibiótico por vía oral que deberá tomar durante una semana para disminuir el riesgo de una infección.

Durante los primeros días, deberá evitar los movimientos de elevación de los brazos por encima del nivel de sus hombros y levantar cosas pesadas, pues estas maniobras pueden provocar que las suturas se suelten y que los implantes se muevan del sitio en el que han sido colocados.

Deberá prestar especial atención a los golpes que pueda recibir de los chicos o en el transporte público, pues las zonas operadas están más proclives a la formación de hematomas.

El reposo absoluto sólo suele ser necesario en algunas grandes reducciones o en algunas reconstrucciones mamarias, por lo que, generalmente, sólo indicamos un reposo relativo de acuerdo con las molestias que usted sienta.

La actividad física suave podrá retomarse a partir de la tercera semana y los deportes de contacto y gimnasia con pesas, a partir de la cuarta semana.

La primera curación se realizará al día siguiente de la cirugía y se retirarán los apósitos absorbentes. Habitualmente, la autorizamos a bañarse después de este control. La ducha será con agua tibia y deberá secar cuidadosamente la

zona operada, pasando luego una gasa embebida en alcohol sobre las cintas adhesivas que cubren las heridas.

Dependiendo del tipo de trabajo que realice, le indicaremos el momento apropiado para retomarlos. Generalmente, las pacientes vuelven a su actividad laboral de dos a siete días después de la cirugía.

Los primeros días, encontrará sus mamas tensas y duras debido a la presencia de la solución tumescente y al edema que aparece después de cualquier cirugía. Esta sensación disminuirá día a día hasta que la piel y el músculo se acomoden y usted se acostumbre a su nueva imagen corporal.

El proceso total de cicatrización y reacomodamiento de los tejidos puede llevar de tres a seis meses.

SIGNOS DE ALARMA:

No dude en consultarnos ante la aparición de alguno de los siguientes signos:

- **Asimetría muy notoria entre una mama y otra.**
- **Dolor agudo en una o ambas mamas.**
- **Calor intenso localizado en una o ambas mamas.**
- **Enrojecimiento localizado en una o ambas mamas.**
- **Temperatura corporal elevada por encima de 38 grados.**
- **Sangrado abundante por alguna de las heridas, que deberá diferenciarse de la pérdida normal de fluido tumescente que suele ocurrir en las primeras doce horas del postoperatorio.**

Complicaciones más habituales en las cirugías de las mamas

Las complicaciones de este tipo de cirugías se pueden agrupar en dos categorías generales: aquellas que aparecen

precozmente (durante las dos primeras semanas después de la intervención) y aquellas que acontecen más tardíamente.

Las complicaciones inmediatas pueden ocurrir durante la cirugía misma o en el postoperatorio inmediato y deben ser resueltas en forma más urgente que las alejadas. Pueden existir algunas condiciones temporarias como quemazón, picazón o sensación de endurecimiento, que no necesariamente deben ser consideradas como complicaciones.

La complicación inmediata más importante es, sin dudas, el sangrado excesivo.

El signo de alarma del sangrado excesivo después de este tipo de cirugía es la asimetría notoria entre ambas mamas. Si una de las mamas está notoriamente más grande y dolorosa que la otra, se debe sospechar la presencia de un hematoma. Pequeñas asimetrías son comunes en el postoperatorio inmediato y se corrigen espontáneamente.

Si se ha formado un hematoma, suele ser necesaria su evacuación mediante drenajes y aspiraciones realizados durante las curaciones. En algunos casos, puede requerir una curación y drenaje en el quirófano.

Otra complicación potencial es la infección. La infección no suele manifestarse hasta varios días o semanas después de la cirugía. Generalmente, se presenta con fiebre, enrojecimiento local, y/o dolor e inflamación en una o ambas mamas.

El tratamiento consiste en la administración de antibióticos específicos y, si fuera necesario, la limpieza quirúrgica de la zona afectada. Si hubiera un proceso infeccioso contiguo a una inclusión, suele ser necesario el retiro de la inclusión hasta que la infección desaparezca.

En forma resumida, las complicaciones que pueden ocurrir después de las diferentes cirugías son las siguientes:

EN LAS INCLUSIONES MAMARIAS

Inmediatas:

- Hematoma.
- Dolor.
- Edema persistente.
- Seroma.
- Infección.
- Asimetría.
- Dehiscencia de las suturas.
- Disminución transitoria de la sensibilidad.

Alejadas:

- Cápsula retráctil.
- Pérdida parcial del resultado logrado.
- Cicatrización defectuosa.
- Asimetrías.
- Ptosis secundaria.
- Retracción de la areola al contraer el músculo.

EN LAS REDUCCIONES MAMARIAS

Inmediatas:

- Hematoma.
- Edema persistente.
- Infección.
- Dehiscencia de las suturas.
- Necrosis de piel.
- Dolor persistente.
- Seroma.
- Asimetría.
- Disminución transitoria de la sensibilidad.

Alejadas:

- Asimetrías.
- Ptosis secundaria.
- Cambios en la sensibilidad.
- Pérdida parcial del resultado logrado.
- Cicatrización defectuosa (queloides).

EN LAS MASTOPEXIAS

Inmediatas:

- Hematoma.
- Edema persistente.
- Infección.
- Dehiscencia de las suturas.
- Dolor.
- Seroma.
- Asimetría.
- Disminución transitoria de la sensibilidad.

Alejadas:

- Asimetrías.
- Ptosis secundaria.
- Cambios en la sensibilidad.
- Pérdida parcial del resultado logrado.
- Cicatrización defectuosa (queloides).

EN LAS GINECOMASTIAS

Inmediatas:

- Hematoma.
- Edema persistente.
- Infección.
- Disminución transitoria de la sensibilidad.
- Dolor.
- Seroma.
- Asimetría.
- Fibrosis persistente.

Alejadas:

- Mala adaptación de la piel al nuevo contenido.
- Cicatrización fibrosa intraglandular.
- Asimetrías.
- Cicatrización defectuosa.
- Cambios en la sensibilidad.

EN LAS RECONSTRUCCIONES MAMARIAS

Inmediatas:

- Hematoma.
- Edema persistente.
- Infección.
- Dehiscencia de las suturas.
- Dolor.
- Seroma.
- Asimetría.
- Disminución transitoria de la sensibilidad.

Alejadas:

- Cápsula retráctil.
- Cicatrización defectuosa.
- Asimetrías.
- Eventración abdominal.

Índice de temas

Sobre la Clínica B&S de excelencia en cirugía plástica	9
Acerca de los autores	11
Prefacio	15
Introducción	
¿Qué son las mamas?.....	17
Tipos de procedimientos.....	19
Aumento de las mamas.....	22
¿Qué son los implantes mamarios?	25
Cápsulas o mamas duras	27
Texturizadas o lisas.....	29
La controversia sobre el gel de siliconas	31
Nuevos tipos y modelos de implantes	33
Los implantes rellenos con suero.....	34
Los implantes con Iones de Titanio.....	35
La forma del implante.....	35
Arriba o debajo del músculo.....	36
¿Qué incisión?.....	40
Elegiendo el tamaño correcto.....	47
Cirugías para cambiar o retirar los implantes.....	49

Mastopexia o lifting de las mamas y reducciones mamarias	51
Reducción mamaria.....	55
Elección del procedimiento.....	56
Anestesia.....	57
Técnicas.....	57
Breast Sculpture.....	59
Entrevista previa a la cirugía	60
Indicaciones.....	60
Mastopexia	63
Anestesia.....	64
Técnicas.....	64
Therma Breast Lift.....	66
Toxina Botulínica	67
Ginecomastia. Desarrollo mamario masculino	69
Consultando al cirujano plástico.....	70
Tratamiento	70
Después de la cirugía.....	71
Su nuevo look	72
La reconstrucción mamaria	73
El momento para la reconstrucción mamaria	73
Elegiendo el procedimiento reconstructivo.....	74
Reconstrucción con implantes	75
¿Quién es candidata para una reconstrucción con implante?	76
¿Cómo se utilizan los implantes en la reconstrucción mamaria?.....	76
Reconstrucción con colgajos de tejidos.....	78
¿Quién es candidata para una cirugía con colgajo?	79
El colgajo TRAM.....	80
El colgajo de Latissimus Dorsi.....	81
Tabla comparativa.....	82

Tratamientos complementarios	83
Estrías.....	83
Hirsutismo de tórax.....	84
Megapezón.....	85
Pezón umbilicado.....	85
Postura.....	85
Cremas y cosméticos.....	86
Tratamientos estéticos	87
Exfoliación	87
Algunos detalles de la técnica anestésica	
La tumescencia.....	89
El sistema <i>Blugerman-Schávelzon</i> de anestesia tumescente	90
Menor sangrado. Más tiempo disponible para lograr el mejor resultado	91
Aplicación de la anestesia tumescente en la cirugía mamaria	91
Sin anestesia general ni internación	92
Seguridad comprobada	92
Tomando una consulta.....	95
Respuestas a sus preguntas sobre las cirugías de mamas..	96
Cuidados prequirúrgicos.....	100
30 días antes de la cirugía	101
15 días antes de la cirugía	102
10 días antes de la cirugía	103
3 días antes de la cirugía	103
2 días antes de la cirugía	104
1 día antes de la cirugía	104
Día de la cirugía	105
Estudios preoperatorios	106
Consentimiento informado.....	107
El postoperatorio	107
Signos de alarma.....	109

Complicaciones habituales en las cirugías de las mamas .	110
En las inclusiones mamarias	111
En las reducciones mamarias	112
En las mastopexias	112
En las ginecomastias	113
En las reconstrucciones mamarias	113

LOS DIBUJOS DE ESTE LIBRO
TIENEN FINES ILUSTRATIVOS
Y NO CONSTITUYEN UNA PROMESA
DE RESULTADOS SIMILARES

Esta edición de 2.000 ejemplares
se terminó de imprimir en julio de 2006
por Edivérn S.R.L. - Salguero 3056, 6º "A"
Buenos Aires, Argentina
www.edivern.com.ar