

CURSOS E-LEARNING Y PRESENCIALES
DE CIRUGÍA DE REMODELACIÓN CORPORAL

Mastopexia periareolar

CBC SURGERY
ACADEMY
Alta Formación Cirugía Estética

ÍNDICE

1. Introducción

2. Módulo teórico

2.1. Anatomía quirúrgica

2.2. Indicaciones

*2.3. Seguimiento postoperatorio
y complicaciones*

1. Introducción

La mastopexia periareolar es una técnica quirúrgica que consideramos de dificultad intermedia entre la mamoplastia de aumento simple y la mastopexia en T invertida o vertical. En muchas ocasiones, un cirujano decidirá realizar una mamoplastia de aumento en una paciente que otro cirujano recomendaría una mastopexia periareolar con implantes. Ello refleja cómo el “arte” del cirujano sigue vigente y no existen verdades absolutas. Pese a ello, tendremos que usar las herramientas de manera objetiva para garantizar la indicación más adecuada. La mastopexia periareolar debe ser considerada como un aumento simple areolar “complicado”. Es decir, sin dominar el aumento simple vía areolar no deberíamos realizar una mastopexia periareolar. Los pasos quirúrgicos son muy similares hasta la colocación del implante, añadiendo posteriormente la necesidad de un colgajo del CAP para su ascenso y el cierre del patrón Round-Block. Es de capital importancia la correcta indicación quirúrgica. A pesar de que daremos unos trucos para tomar la decisión, ante la duda siempre hay que ser conservador con la piel, es decir, tomando la escala de complejidad aumento simple-mastopexia periareolar-mastopexia vertical o T, siempre elegiremos la más simple. No hay mayor error de planificación que escindir piel y tras colocar el implante tener dificultades para el cierre de la herida. Evitar problemas nos hará ganar en mejores resultados y menos complicaciones.

Los perfiles clásicos para una mastopexia periareolar son:

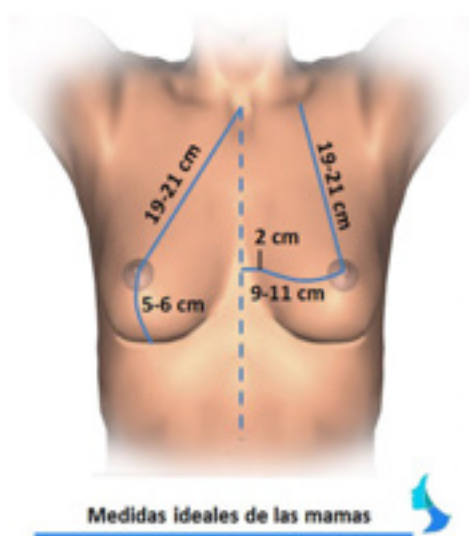
- a) Mujer que tras su embarazo y lactancia considera que sus mamas han sufrido una disminución de tamaño y de consistencia. Generalmente, serán mujeres que tenían una mama de pequeño tamaño y han sufrido cambios dérmicos , y ptosis leve de mama y areola.***
- b) Mujer que tras el embarazo o pérdida de peso ha sufrido un aumento del tamaño areolar que resulta poco cosmético.***
- c) Malformaciones mamarias siendo la mas frecuente la mama tuberosa.***

Es muy frecuente que las pacientes candidatas a mastopexia periareolar vengan a consulta con la idea de un aumento simple. Debemos explicar su situación y en caso de poder ofrecer ambas opciones, explicar el resultado esperado con cada una de ellas. En la circunstancia de que presente dudas al cirujano menos experimentado, opte por la opción menos agresiva, y siempre tendrá la oportunidad de pasar a la mastopexia.

2. Módulo teórico

2.1. Anatomía quirúrgica

Antes de cualquier cirugía cosmética de la mama deberemos conocer las medidas estándar consideradas ideales, las cuales serán capitales para el correcto marcado prequirúrgico. Será de vital importancia en las mastopexias ya que el CAP deberá ser ascendido hasta el punto ideal, que debe coincidir con el punto de máxima proyección mamaria. Como referencia, este punto está situado de 19 hasta 21-22 cm de la horquilla externa. Esto dependerá de múltiples factores siendo los principales la complejión de la paciente, el tamaño de la mama y el tipo de implante usado.



Las mamas son unas glándulas pares y simétricas a modo de dos prominencias hemiesferoidales, con pesos aproximados de 150-500 g, situadas en la pared torácica anterior entre las costillas II-III a VI-VII, desde el esternón a la línea axilar media y una prolongación que se dirige al hueco axilar en forma de cola. Están constituidas por las glándulas mamarias, la piel y tejidos conjuntivos asociados sobre la fascia superficial anteriores a la musculatura pectoral y la pared torácica anterior.

Las glándulas mamarias consisten en una serie de conductos y lóbulos secretores asociados, estos convergen en forma de 15 a 20 conductos galactófo-

ros. Su unidad constitucional es el lóbulo mamario, el cual parte de un conducto galactóforo principal desde el pezón, con una pequeña dilatación a poco de su nacimiento (seno galactóforo), que luego se divide en conductos secundarios y terciarios con sus acinos terminales.

Los conductos poseen dos capas celulares:

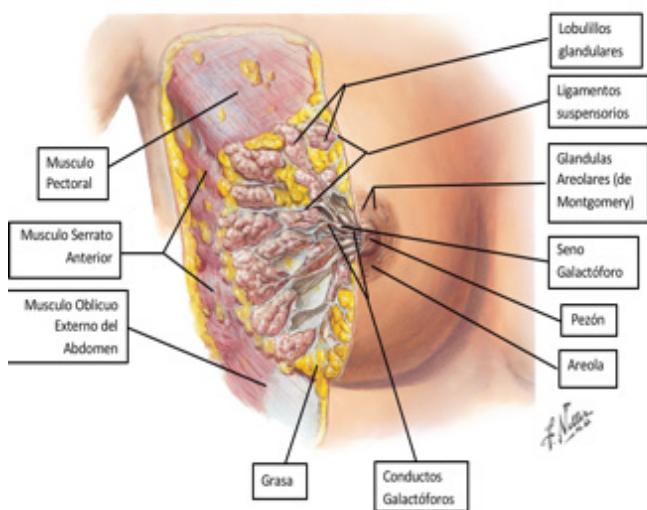
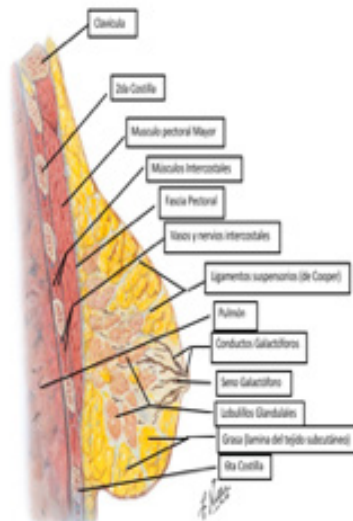
- a) Superficial: Constituida por las células ductales o galactofóricas: epitelio más cilíndrico hacia el pezón y más cúbico hacia los acinos.**
- b) Profunda: Con 2 tipos de células:**

- *Cúbicas:*
 - *Tipo A (Oscuras).*
 - *Tipo B (Claros) : Dan lugar a los otros dos tipos.*
- *Mioepiteliales sobre la membrana basal.*

Un estroma de tejido conjuntivo bien desarrollado rodea a los conductos y lóbulos de la glándula mamaria. En ciertas regiones, este tejido se condensa para formar ligamentos bien definidos, los ligamentos suspensorios de la mama, que se encuentran en continuidad con la dermis y soportan la mama.

El tejido adiposo representa el relleno de la mama, separándola del plano profundo pectoral y, dentro de la misma, los distintos lóbulos entre sí. En las mujeres no lactantes el componente más predominante es la grasa, mientras que en las lactantes predomina el tejido glandular. También, son importantes tanto características genéticas como la edad. De forma general, a mayor juventud mayor será la proporción de tejido mamario y viceversa. Tras los embarazos, y sobre todo tras la menopausia, la mama se va haciendo cada vez más grasa y menos densa.

La mama se sienta sobre la fascia profunda relacionada con el músculo pectoral mayor. Una capa de tejido conectivo laxo separa la mama de la fascia profunda y proporciona cierto grado de movimiento sobre las estructuras subyacentes. Las líneas de tensión de la piel de Langer, o llamadas líneas de escisión, son topológicas dibujadas en un mapa del cuerpo humano. En las mamas estas líneas de tensión de la piel se extienden de manera circunferencial por el complejo pezón-areola. Estas líneas tienen una importancia particular ya que determinan el sitio de incisión que menor estigma dejará en forma de cicatriz.



La cubierta cutánea de ambas mamas está constituida por la piel de 0.8 a 3 mm de grosor, con la desembocadura de los ductos principales en su cúspide a nivel del pezón, su estructura cónica de unos 10-12 x 9-10 mm, rodeado por un engrosamiento epidérmico discoidal y pigmentado (llamado areola) que presenta glándulas sebáceas, apocrinas, que se conocen como tubérculos de Montgomery (Morgagni en el embarazo). Periareolarmente existe también un discreto componente piloso más marcado que en el resto de la piel mamaria.

Pezón y areola son particularmente ricos en melanina, disponiendo además de haces musculares lisos, sobre todo rodeando los ductos principales, y con una rica inervación sensitiva.

DESARROLLO MAMARIO.

Las glándulas mamarias se derivan principalmente de los engrosamientos epidérmicos que se desarrollan a lo largo de la región ventral de la superficie del cuerpo junto a la llamada línea de leche. En la mujer, la mayor parte del desarrollo de los senos ocurre después del nacimiento, mientras en el hombre no ocurre mucho más desarrollo después del mismo.

En las mujeres, el crecimiento y la ramificación de estas progresan lentamente durante los años prepuberales. Posteriormente, el desarrollo de las glándulas mamarias aumenta exponencialmente en la pubertad, con mayor ramificación de conductos, formación de acinos, y una masiva proliferación del estroma intraductal, lo que da como resultado la formación de un botón mamario.

El cirujano debe tener mucho cuidado al considerar la biopsia de cualquier masa en la pared torácica en una niña antes del desarrollo de los senos maduros. La escisión de un botón mamario evitará el desarrollo de la glándula condicionando posiblemente una amastia en el futuro.

VASCULARIZACIÓN DE LA MAMA

La irrigación arterial de la mama deriva de:

- a) Ramas mamarias mediales de las ramas perforantes y ramas intercostales anteriores de la arteria torácica o mamaria interna, que se origina en la arteria subclavia.***
- b) Arterias torácica lateral y toraco-acromial, ramas de la arteria axilar.***
- c) Arterias intercostales posteriores, ramas de la aorta torácica en los espacios intercostales 2º, 3º y 4º.***

El sistema venoso, como en otras partes, sigue un trayecto paralelo inverso, se dirige principalmente a la vena axilar, aunque también drena una parte en la vena torácica interna.

El drenaje linfático de la mama es importante debido a su papel en las metástasis de células cancerosas. La linfa pasa desde el pezón, la areola y los lóbulos de la glándula hacia el plexo linfático subareolar, y desde ahí:

- a) La mayor parte de la linfa (> 75 %), especialmente la de los cuadrantes laterales, drena hacia los nódulos linfáticos axilares, inicialmente en su mayoría a los nódulos pectorales o anteriores; pero una porción de linfa drena directamente a otros nódulos axilares, o incluso a los nódulos interpectores, deltopectores, supraclaviculares o cervicales profundos inferiores.***

b) La otra parte de la linfa restante, la de los cuadrantes mamarios mediales, drena hacia los nódulos linfáticos paraesternales o hacia la mama opuesta, mientras que la de los cuadrantes inferiores puede pasar profundamente hacia nódulos linfáticos abdominales (nódulos linfáticos frénicos inferiores subdiafragmáticos).

La linfa de la piel de la mama, excepto la de la areola y el pezón, drena en los nódulos linfáticos axilares, cervicales profundos inferiores e infraclaviculares homolaterales, y en los nódulos linfáticos paraesternales de ambos lados.

Aquella linfa que viene de los nódulos axilares, drena en los nódulos linfáticos claviculares (supraclaviculares e infraclaviculares) y desde éstos al tronco linfático subclavio, que también drena la linfa del miembro superior. Y la de los nódulos paraesternales, entra en los troncos linfáticos broncomediastínicos que drenan también la linfa de las vísceras torácicas.

La terminación de estos troncos linfáticos es variable; se ha descrito la fusión de estos troncos entre sí y con el tronco linfático yugular, drenando la cabeza y el cuello para formar un corto conducto linfático derecho en el lado derecho, o entrando su terminación en el conducto torácico en el lado izquierdo. En varios casos los troncos desembocan independientemente en la unión de las venas yugular interna y subclavia, los ángulos venosos derecho o izquierdo, que forman las venas braquiocefálicas derecha e izquierda (fig. 3.2 C). En algunas ocasiones, desembocan en ambas venas contribuyentes justo antes del ángulo.

NERVIOS DE LA MAMA.

Los nervios de la mama derivan de ramos cutáneos anteriores y laterales de los nervios intercostales (v. fig. 4.1). Estos ramos de los nervios intercostales atraviesan la fascia pectoral que recubre el pectoral mayor para alcanzar el tejido subcutáneo y la piel de la mama. Los ramos de los nervios intercostales conducen fibras sensitivas de la piel de la mama y fibras simpáticas hasta los vasos sanguíneos de las mamas y el músculo liso en la piel que las recubre y los pezones.

La inervación se divide en:

Somática sensitiva que se sitúa sobre todo alrededor de pezón y grandes ductos, y en menor grado en la epidermis periareolar :

a) En la porción superior procede de los nervios supraclaviculares (C3, C4).

b) En la porción lateral de los 3º y 4º nervios intercostales.

c) En la porción medial de las ramas anteriores de los nervios torácicos-intercostales a través del pectoral mayor.

d) En el CSE del nervio intercosto-braquial (C8, D1) que atraviesa la axila.

2.2. Indicaciones

En cirugía de mama, como en todas las cirugías, es fundamental saber indicar y contraindicar, no sólo saber operar. A un buen técnico quirúrgico que no indique correctamente de poco le valdrán sus habilidades manuales. En principio, vamos a subrayar que todos los implantes mamarios que usaremos serán implantes de gel silicona cohesiva.

Las principales indicaciones de la mastopexia periareolar son:

- a) Corrección de la ptosis mamaria leve. La más frecuente. Como norma general, en una vista de perfil cuando la altura del pezón es inferior al pliegue inframamario deberemos pensar en realizar una mastopexia y no un aumento. Es una herramienta orientativa bastante útil en cirujanos noveles. A más caída del CAP más probable será la necesidad de realizar una mastopexia vertical o en T. A mayor tamaño del pecho, también será más probable la necesidad de una cicatriz vertical o T invertida.***
- b) Reconstrucción de malformaciones mamarias, como la mama tuberosa: reparar una mama tuberosa real precisa de un patrón Round-Block para realizar una reducción areolar. En este caso, generalmente optaremos por un plano antepectoral para conseguir una mayor proyección del polo inferior atrofiado.***
- c) Reducción de un CAP de gran tamaño tras embarazos y lactancias.***

A la hora de indicar una mastopexia periareolar es de vital importancia realizar una correcta anamnesis y exploración física de la paciente, para así elegir los aspectos fundamentales de la intervención: El abordaje, el plano anatómico y el tipo de implante.

ABORDAJE.

El abordaje de la mastopexia periareolar está confeccionado por dos incisiones quirúrgicas circulares: areolar y periareolar exterior a modo de donut. La primera corresponderá con la areola que queremos quedarnos (generalmente entre 38-42 mm) y la segunda, exteriormente a esta, la incisión circular que corresponde con la piel que vamos a eliminar y que coincide en su límite superior con el límite superior donde será reubicado el CAP.

PLANO ANATÓMICO.

Los planos anatómicos más empleados para la mastopexia periareolar son el antepectoral (prepectoral) y el retropectoral. También el subfascial es un plano aceptado pero lo consideramos una variante del antepectoral. En nuestra opinión, siempre que no haya contraindicación, un implante retropectoral aporta-

rá un resultado más satisfactorio a plazo largo. Confiere mayor sostén, mayor cobertura, retrasa la ptosis mamaria, previene el rippling y la sinmastia. La mastopexia periareolar antepectoral es una técnica muy sencilla y que puede dar también resultados muy satisfactorios y sin prácticamente dolor, pero el peso del implante recaerá sobre estructuras anatómicas blandas, por lo que a medio plazo puede ser peor en comparación con el plano subpectoral. Debemos tener en cuenta que estamos trabajando en la mastopexia periareolar sobre una piel que ya ha cedido y generalmente con estrías y gran elasticidad. Como siempre la pericia del cirujano y su experiencia valorarán cada caso de forma individualizada.

Lo que sí debemos tener claro son las contraindicaciones a la colocación de un implante en un plano u otro. Entre las principales están:

- a) Cobertura de tejido mamario: en casos de hipomastia (pinch test inferior a 2 cm) debemos optar por el plano retromuscular para brindar al implante de una mejor cobertura evitando complicaciones tales como rippling central, extrusiones del implante, etc. Generalmente, al indicar una mastopexia periareolar es poco frecuente que el pinch test sea inferior a 2 cm pero siempre deberemos tener encuesta este dato.**
- b) Hipertrofia muscular: en casos de paciente con gran desarrollo muscular pectoral (culturistas, deportistas de élite, etc.) es muy probable que la decisión de un abordaje antepectoral sea acertado, ya que la potencia del músculo no dejara expandirse al implante y será más probable presentar complicaciones tales como el doble surco o el hachazo a la contracción muscular.**
- c) Características dérmicas: una piel estriada y muy elástica debe orientarnos a evitar el implante antepectoral ya que la cesión de la piel por el peso del implante la evidenciaremos a las pocas semanas de la intervención.**
- d) Plano subfascial: es un plano real, o lo consideramos una variante de mayor cobertura al antepectoral. Tanto este plano como el antepectoral puro, es útil en algunas pacientes que rechazan realizarse más cicatrices que una periareolar. Hay casos límite entre la mastopexia periareolar y la vertical, en los cuales se puede plantear un plano subfascial para lograr el ascenso deseado del CAP evitando la cicatriz vertical. El problema habitual de este plano será la mayor tendencia a la ptosis mamaria por el peso del implante. Debemos explicar muy bien a nuestra paciente las diferentes opciones, resultados y evolución esperada de la decisión a fin de evitar problemas en el futuro. Hemos usado mucho el plano subfascial en casos límite con resultados muy buenos, pero actualmente evitamos, siempre que sea posible, un plano que no sea el retropectoral. Debemos recordar que una mujer que se opera por ptosis mamaria será poco tolerante a la más mínima caída del pecho a corto plazo.**

Un caso en el que prácticamente siempre indicaremos este plano o el antepectoral es la reparación de una mama tuberosa.

ABORDAJE.

Los implantes más empleados en la actualidad son los implantes de gel de silicona, habiendo sustituido prácticamente a los implantes salinos. La ausencia de deflación, el aspecto cada vez más natural y la disminución de complicaciones como la contractura capsular, ha hecho que hoy en día en nuestro medio, la inmensa mayoría de cirujanos usen los implantes de gel de silicona en sus diversas modalidades y marcas comerciales.

Inicialmente, la controversia era por tres preocupaciones: el riesgo de cáncer de mama, la rotura del implante, y la relación con la autoinmunidad.

a) El riesgo de cáncer de mama por implantes de silicona se ha documentado extensamente desde la década de los 90, pudiendo afirmar con rotundidad que los implantes no incrementan el riesgo de cáncer mamario. De hecho, son los implantes de silicona los empleados para reconstruir una mastectomía tras sufrir un cáncer de mama.

b) Existen numerosos estudios que evidencian que no existe un incremento del riesgo de padecer enfermedades autoinmunes tras la mamoplastia de aumento con implantes de silicona cohesiva.

c) Los implantes con mayor cohesividad condicionan que ante la rotura, al menos en estadios tempranos, no exista prácticamente la posibilidad de migración extracapsular de la silicona. Diferente es en casos de roturas de larga data o en cohesividades bajas. Con una revisión ecográfica anual a partir del séptimo u octavo año de la inserción es poco frecuente que puedan ocurrir migraciones de la silicona por rotura.

No podemos dejar de mencionar el LACG asociado al implante. El linfoma anaplásico de células grandes es un tipo muy raro de LNH que se caracteriza por un crecimiento anormal de los LT y expresión de CD30. ALK positivo suele implicar buen pronóstico de la enfermedad. Actualmente, no se conoce la verdadera epidemiología pero se estima que es de 1:300.000. La clave diagnóstica del LACG asociado a implante es la presencia de células malignas infiltrando la cápsula periprotésica o líquido periprotésico. Puede considerarse que es una enfermedad de la cápsula y no del tejido mamario en sí. Su origen es multifactorial, pero lo que parece que está claro, es que los implantes texturados tienen mayor riesgo que los lisos, y que la causa bacteriológica está cobrando cada vez más peso en las últimas revisiones.

Debemos sospechar un LACG ante un aumento brusco del volumen de la mama por serosa tardío. Ante estos hallazgos, debemos realizar un estudio ecográfico seguido de una PAAF del líquido, o BAG en caso de lesión sólida.

Pese a ello, no existe ninguna recomendación en nuestro medio de abandonar los implantes texturizados. Lo que sí debemos, por precaución, es conocer bien la enfermedad, y detectarla en la fase localizada para proceder al explante y extracción capsular que sería un tratamiento curativo sin adyuvancia.

Otro factor fundamental sobre los implantes, además de la cohesividad, son su perfil y forma, ya que ello condicionará la forma de la mama operada.

- Forma: los implantes pueden ser redondos o anatómicos. Decidiremos si usar uno u otro atendiendo a una serie de condicionantes siendo los fundamentales:

a) Deseo en la forma de mama de la paciente: el aspecto natural de la mama es recreado por un implante anatómico con un polo superior que aumente su proyección hasta el pezón y un marcado polo inferior curvado hasta el pliegue inframamario. Una mama más redondeada con un polo superior más abultado será recreado por los implantes redondos. Pese a ello, debemos tener en cuenta que dentro de la gama de implantes redondos esa “artificialidad” será mayor o menor en función de la proyección del implante, pudiendo llegar a ser un implante redondo de perfil medio muy natural.

b) Compleción física de la paciente: Las pacientes muy delgadas y casi sin tejido mamario ni grasa son pacientes que recrean en su mama final el implante seleccionado. Es por ello, que en estos casos deberemos tener en cuenta que un implante redondo “se verá muy redondo”. Es común que en estos tipos de paciente optemos por un implante anatómico, al igual que lo hacemos con pacientes mastetcomizadas.

c) Aspectos de la mama: El objetivo final será elevar la mama y el CAP lo suficiente para que el punto de máxima proyección coincida con el pezón. Deberemos tener en cuenta que usando un implante anatómico, el grado de ascenso del CAP será inferior que si usamos un implante redondo. Como consejo, no antepongas la longitud de las cicatrices (tipo de mastopexia) a un mejor resultado por demanda de la paciente a menos cicatriz. Es importante que la paciente entienda que la forma del pecho es lo prioritario, y la cicatriz, aunque sea muy importante, es secundaria. Ninguna paciente estará satisfecha con un pecho con el CAP bajo o ptosis tras la cirugía aunque tenga una mínima cicatriz perfecta. Si el ascenso del CAP necesario no es viable con un patrón periareolar cambia la indicación a un patrón vertical. Si el polo inferior es muy prominente nos plantearemos un patrón vertical para conseguir un mejor tersado de la piel.

d) Casos secundarios: Solemos recomendar los implantes redondos

en casos en los que haya habido previamente rotaciones de implantes anatómicos. También, frecuentemente solemos usar, en casos de contracturas capsulares severas, implantes redondos de menor cohesividad.

El tamaño de los implantes viene recogido en un catálogo que cada casa comercial pone a disposición del cirujano. En él se recogen todas las medidas de cada implante y suelen estar agrupados por cohesividad, forma, y perfil. Es fundamental en el cirujano sin experiencia usar de forma constante dichos catálogos ya que la correcta decisión del implante depende de su anchura, altura y proyección, además de la forma. En una mastopexia periareolar asumimos que generalmente el tamaño habitual del pecho es de pequeño a mediano. Esto será muy importante, ya que en la mastopexia periareolar la escisión de tejido mamario es nula o casi nula y el tamaño final del pecho dependerá no sólo del implante, sino del tamaño inicial de la mama. La experiencia hará que recomendemos con mayor criterio para lograr el tamaño final deseado. A más tamaño inicial del pecho, más complejo será calcular el implante que deberemos usar. También hay que tener en cuenta que la escasa escisión de tejido mamario en la mastopexia periareolar hace que sea más complejo corregir asimetrías sin usar implantes diferentes en comparación con la mastopexia en T invertida.

2.3. Seguimiento postoperatorio y complicaciones

El seguimiento es prácticamente igual a la mamoplastia de aumento. Cada cirujano tiene sus propias costumbres a la hora de realizar el seguimiento postoperatorio de cada cirugía. No existe un manual que sea la verdad absoluta en cómo seguir un paciente quirúrgico. Lo que sí debemos tener claro es que hay una serie de recomendaciones que son claras. Entre ellas están el uso postoperatorio de:

- a) Medicación analgésica y antiinflamatoria.***
- b) Profilaxis antiinfecciosa. La duración será variable según cada cirujano. Teóricamente, al tratarse de una cirugía limpia no haría falta realizar un tratamiento completo, si bien es cierto que muchos cirujanos se sienten tentados a completar el ciclo semanal habitual.***
- c) Uso de vendaje compresivo primeras 12-24 horas.***
- d) Uso de sujetador especial tipo deportivo las primeras semanas.***
- e) Uso de banda pectoral. Aunque no sea imperativo es recomendable, ya que reduce el ascenso inicial del implante por***

efecto de la musculatura pectoral. En caso de usar el plano prepectoral no será necesario su uso.

f) Masaje postoperatorio.

g) Ingreso ambulatorio o de una noche. Dependerá de muchos factores. Generalmente, el control del dolor postoperatorio, la distancia de la vivienda de la paciente del hospital, y el deseo de la paciente. Como norma, no recomendamos dar de alta a pacientes que vivan a más de 30 minutos del hospital. El motivo es tener la posibilidad de acudir al hospital de forma precoz en caso, poco frecuente, de síntomas de sangrado agudo en el postoperatorio inmediato.

Las revisiones postoperatorias son variables. En nuestro caso, solemos realizar generalmente una primera revisión para ver la evolución de la herida quirúrgica a la semana de la cirugía, seguido de una revisión al mes, y otras a los tres, seis y doce meses de la cirugía.

Es muy importante advertir previamente a la paciente de las revisiones que realizará y la evolución previsible del resultado. Es común que una paciente poco informada se angustie las primeras semanas por presentar muy altos los implantes. Es por ello, que deberemos advertir que es la evolución normal y que los resultados finales no lo pondrán percibir hasta pasados varios meses tras la intervención. También deberemos advertir de la posibilidad de asimetrías más acusadas en las primeras semanas, ya que el efecto del músculo pectoral sobre el implante no tiene que ser completamente simétrico. Cuando se opera el abdomen o la nariz, no tenemos este problema ya que no existe con qué comparar. En las cirugías que se operan regiones duplicadas tales como las mamas siempre existe el impulso inconsciente de la paciente de comparar una con otra desde el primer día, y es seguro que existirán diferencias. Por ello, recalcar esta situación previamente nos evitará llamadas de urgencias que no lo son y, lo más importante, la ansiedad de nuestra paciente.

COMPLICACIONES.

Las complicaciones serán las mismas que en la mamoplastia de aumento, ya que como dijimos, podemos asemejar la mastopexia periareolar con un aumento simple vía areolar. La complicación que sí será exclusiva de la mastopexia periareolar y no del aumento simple es la derivada del ascenso del CAP y cierre del Round-Block. Las más comunes son:

a) Aumento del diámetro del CAP: ocurre generalmente por un defecto en el cierre del patrón Round-Block, lo que provoca un aumento rápido del diámetro areolar. Es por ello, que usamos siempre una sutura no absorbible y realizamos una segunda jareta de seguridad. Desde que hacemos doble jareta no hemos tenido ningún caso de aumento del diámetro areolar. Generalmente,

aconsejamos en las mastopexias periareolares coger un diámetro algo inferior al que deseemos, ya que no es raro algo de cesión posteriormente. Un diámetro en el marcador de 38 mm nos asegurará que no nos quede un diámetro grande tras la recuperación. Coger un diámetro superior a 42 mm será arriesgado en este sentido en la mastopexia periareolar. A más escisión de piel en el patrón, más tensión de la sutura, y más riesgo de aumento del diámetro areolar. Por ello, cuanta más tensión, intente coger un diámetro menor del CAP.

b) Arrugas periareolares: El fruncimiento que originamos en el cierre del patrón Round-Block dará lugar a una cicatriz periareolar con arrugas en muchos casos. Será mayor cuanta más piel necesitemos escindir en el patrón. Es importante saber y transmitir a la paciente que esto es normal en la evolución de la mastopexia periareolar y que la propia tensión de la piel hará que desaparezca en cuestión de semanas. Es muy infrecuente que queden dichas arrugas permanentemente si hacemos una sutura adecuada. Como truco, solemos realizar tras la jareta una nueva escisión de la piel con el marcador de areola eliminando la mayoría de las arrugas del fruncimiento (ver vídeo quirúrgico).

c) Malposición areolar: es secundaria a una mala planificación prequirúrgica. Recordemos que la distancia idónea respecto a la horquilla externa varía de 19 a 21-22 cm. Tengan en cuenta que en la mastopexia periareolar es mejor dejar la areola baja que alta. Una areola baja será visible perfectamente antes de finalizar la cirugía y será posible subirla antes de dar por finalizada la intervención. Tanto alta como baja es poco estético, pero una areola alta puede resultar embarazosa al ser visible con un simple sujetador o bikini. Otro aspecto que debe tener en cuenta en el marcaje es que cuanto más grande sea el patrón del Round-Block mayor será el descenso del punto más alto en el momento de realizar la jareta.

A continuación, vamos a exponer las complicaciones comunes con la mamoplastia de aumento, las cuales dividimos en: complicaciones tempranas (días o semanas tras la cirugía), y tardías (meses o años tras la cirugía).

a) Seroma y hematoma: Es aquella situación en la que existe un acúmulo significativo de sangre o suero en la cavidad creada para la inserción del implante mamario. Generalmente, un pequeño seroma es habitual y no suele requerir ninguna acción. Cuando existe un aumento importante de la mama respecto a la contralateral solemos estar ante un acúmulo considerable que en ocasiones requiere de drenaje. Ante las dudas, un estudio ecográfico nos aclarará la situación. A diferencia del seroma, el hematoma es menos frecuente

y suele asociar equimosis y dolor importante. La decisión de adoptar un tratamiento conservador o quirúrgico dependerá de cada situación y de la gravedad de cada caso. En caso de optar por tratamiento conservador deberemos inmovilizar el miembro superior ipsilateral y fijar la mama para favorecer una rápida absorción. En caso de requerir tratamiento quirúrgico suele ser necesario el drenaje a través de la misma incisión y usualmente, la colocación de un drenaje durante unos días hasta garantizar la completa resolución.

b) Infección: es muy rara en condiciones normales de asepsia (1%). Si la infección afecta sólo a partes blandas puede realizarse punción o drenaje, o bien una terapia con antibióticos. El problema reside cuando la infección afecta a la cavidad del implante, ya que en estos casos este suele estar afectado. Pese a que es posible la mejoría con tratamiento antibiótico, siempre que la cavidad esté afectada, deberemos pensar en la muy alta probabilidad de necesitar un abordaje quirúrgico, drenaje, retirada de implante y colocación de uno nuevo pasados tres meses. Los implantes mamarios, como material protésico que son, una vez infectados resulta imposible eliminar el foco infeccioso, el cual suele quedar acantonado para dar nuevas crisis infecciosas al suspender los antibióticos.

c) Galactocele o galactorrea: Ocurre por un estímulo del centro hipotalámico tras la cirugía de mama generando un incremento de la prolactina. Puede precisarse en algunos casos drenaje quirúrgico. Lo más importante es prevenirlo y evitar operar a mujeres que recientemente hayan cesado la lactancia. Consideramos razonable esperar un mínimo de 12 semanas sin lactancia y acompañar la semana previa una dosis de cabergolina.

d) Doble surco y ascenso protésico: suele ocurrir por la presencia de un surco submamario muy marcado en la paciente junto con un reborde pectoral que deforma o asciende el implante (en la contracción o incluso en reposo). La solución definitiva en casos severos es cambiar el plano a antepectoral.

TARDÍAS.

a) Rotura del implante: Lo importante es la detección, ya que actualmente con los implantes de gel de silicona cohesivo no se tiene por qué apreciar la rotura. Es importante recomendar a la paciente realizar un seguimiento anual con ecografía de sus implantes (recomendamos a partir del séptimo u octavo año, salvo en mayores de 40 años, que será anual coincidiendo con su revisión senológica). Hoy en día, casi ningún modelo de implante recomienda su recambio a los 10 años. No obstante, ante la sospecha de rotura intracapsular, lo ideal es proceder a su explante y

recambio. Una rotura intracapsular, fase inicial, no suele dar ningún signo al paciente, pero una extracapsular, fase tardía, puede condicionar migración de la silicona libre a ganglios axilares, provocar dermatitis por silicona y siliconomas en diferentes áreas.

b) Contractura capsular: es la complicación por excelencia, ya que es la que origina mayor morbilidad. Es cierto que con los implantes modernos las tasas están cayendo pero no significa que no sigan existiendo casos de forma frecuente. Cada vez que colocamos un implante de mama el cuerpo genera una cápsula o membrana fina que intenta independizar la prótesis del organismo. Es una respuesta normal y “sabia” del cuerpo. El problema ocurre cuando dicha cápsula se hipertrofia y se engruesa dando lugar a la contractura capsular o encapsulamiento protésico. Los síntomas que ocasiona, conocidos por todos, es la del “aplastamiento” progresivo del implante que adquiere un aspecto redondeado no natural, duro y a veces doloroso. Existen en la división de Baker 4 grados, siendo 1-2 los iniciales, que no suelen requerir ninguna medida, y 3-4 los severos, que requieren una intervención. Pese a que se han postulado muchas medidas conservadoras para tratar la contractura capsular, ninguna ha conseguido la evidencia suficiente para que se estandarice. Es por ello, que en estos casos severos la cirugía es el tratamiento de elección. Siempre que sea posible realizaremos la capsulectomía completa. La tasa de éxito de la capsulorrafia siempre será inferior. La única forma de asegurar la no recidiva de la contractura es no volver a poner los implantes. El cambio de plano del implante es otra medida útil principalmente si estaba en plano antepectoral previamente. Aunque hagamos el cambio de plano siempre debemos procurar eliminar la cápsula fibrótica para que no condicione deformidades futuras.

c) Extrusión del implante: casi exclusivo de implantes grandes antepectorales en mamas sin cobertura suficiente. Era más frecuente cuando se usaban corticoides en el bolsillo pectoral y muy poco frecuentes en la mastopexia periareolar.

CBC SURGERY
ACADEMY
Alta Formación Cirugía Estética