

CURSOS E-LEARNING Y PRESENCIALES
DE CIRUGÍA DE REMODELACIÓN CORPORAL

Mamoplastia de aumento

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 mamoplastia de aumento es la técnica quirúrgica cosmética más realizada en el mundo. La mama presenta tanta importancia en la feminidad de la mujer que se ha convertido en un icono de belleza, juventud y buena salud femenina. Por todo ello, no nos debe extrañar que el boom de los aumentos de mama en el mundo haya crecido exponencialmente a medida que las técnicas y los materiales empleados para dicho aumento hayan ganado en seguridad y naturalidad. En este curso será de vital importancia conocer la técnica y materiales apropiados para realizar un aumento mamario de forma segura. En este sentido, el buen conocimiento del perfil psicológico femenino de cada mujer que busca nuestra ayuda será de capital importancia para lograr un resultado satisfactorio.

Generalmente los perfiles básicos serán tres:

- a) La mujer que desde su adolescencia siente inseguridad y falta de feminidad por hipotrofia de la glándula mamaria en su desarrollo.***
- b) La mujer que tras su embarazo y lactancia considera que sus mamas han sufrido una disminución de tamaño y de consistencia.***
- c) La mujer que desea aumentar el pecho con fines exhibicionistas.***

Cada perfil debe ser reconocido y cada detalle tenido en cuenta ya que, a diferencia de cuando las mujeres usan un relleno en el sujetador, no es posible probarse un relleno por debajo de la glándula mamaria o músculo pectoral. Es por ello, que personalmente no recomendamos a nuestras pacientes realizar pruebas con un implante, por ejemplo de 300 cc perfil alto, para decidir si ese es el que le gusta mas. Nosotros preferimos escuchar con atención a la paciente, recabar cada detalle de su personalidad, aspecto físico, hábitos, forma de vestir, incluso fotos de pechos que les gustan, para posteriormente decidir nosotros el implante que mas de adecúa a ella de forma global.

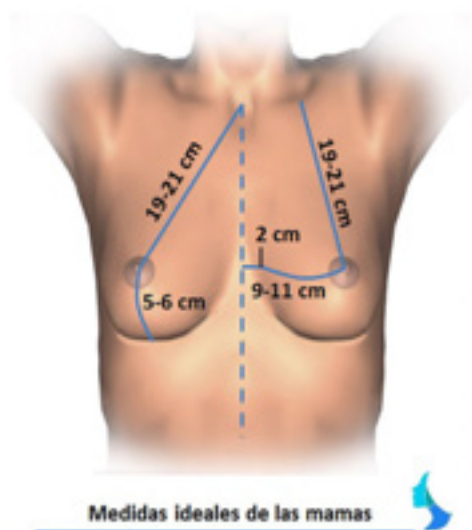
Para una mejor comprensión por parte de las pacientes, solemos explicárselo diciendo que nadie se compra unos jeans sin probárselos, solamente porque poniéndolos sobre la piel considera que es el ideal. Eso, lógicamente, es imposible. La dificultad es que un implante no se puede probar en su posición real y es por ello, que deberemos aconsejar correctamente a nuestra paciente. Es necesario tener en cuenta que un mismo implante en dos mujeres de morfotipo parecido nunca dará el mismo resultado, ya que dependerá de múltiples factores tales como el tipo de piel, características del músculo pectoral etc.

En general, con un buen diseño del tratamiento, las pacientes se sentirán muy satisfechas con el resultado, obtendrán mayor seguridad en sí mismas, menos timidez, e incluso con sentimientos de mejoría significativa de su vida sexual.

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.



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 galactóforos. 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 :

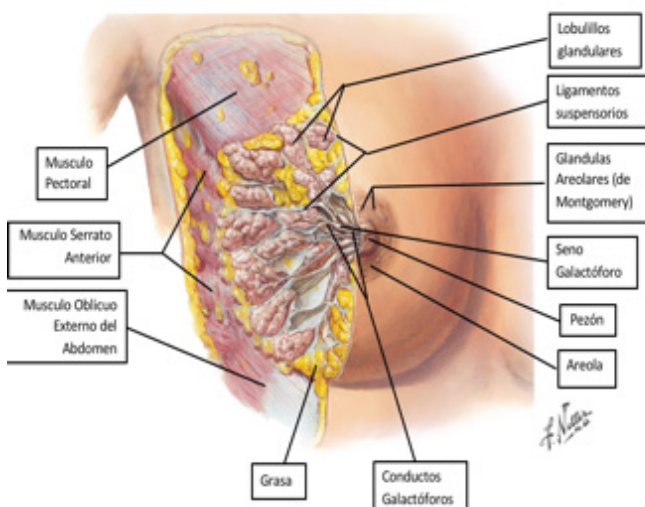
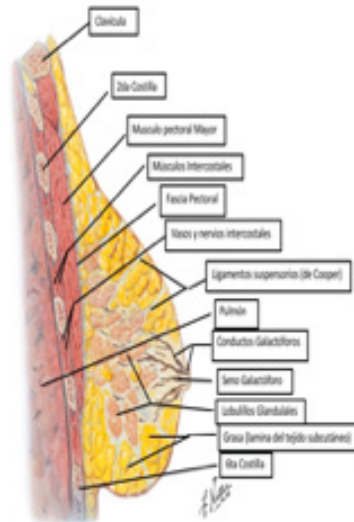
- a) Superficial: Constituida por las células ductales o galactofóricas: epitelio más cilíndrico hacia el pezón y más cúbico hacia los acinos.**
b) Profunda: Con 2 tipos de células:

- 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 es importante 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 mas 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 innervación sensitiva.

DESARROLLO MAMARIO.

Las glándulas mamarias se derivan principalmente de los engrosamientos epidérmicos que se desarrolla a lo largo de la región ventral de la superficie del cuerpo, a lo largo de 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 las mismas progresan lentamente durante los años prepuberales. Luego, en el desarrollo de las glándulas mamarias aumenta dramáticamente 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 2.o, 3.o y 4.o.***

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 nodulos axilares, o incluso a los nodulos interpectores, deltopectores, supraclaviculares o cervicales profundos inferiores.

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

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

Aquella linfa que viene de los nodulos axilares drena en los nodulos linfáticos claviculares (supraclaviculares e infraclaviculares) y desde éstos al tronco linfático subclavio, que también drena la linfa del miembro superior. Y la de los nodulos 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 mamoplastia de aumento simple son:

- a) Corrección de amastia o hipomastia. La más frecuente.***
- b) Reconstrucción de malformaciones mamarias como la hipoplasia torácica leve.***
- c) Reconstrucción con implante directo tras una mastectomía subcutánea.***

A la hora de realizar la indicación de una mamoplastia de aumento, es de vital importancia llevar a cabo una correcta anamnesis y exploración física de la paciente para así determinar los aspectos fundamentales de la intervención: El abordaje, el plano anatómico y el tipo de implante.

ABORDAJE

Los principales abordajes que realizamos son los hemiareolar inferior y el pliegue submamario. El axilar lo consideramos más útil para implantes salinos pero no para mamoplastias de aumento con implantes de silicona de los tamaños mas solicitados en nuestro medio.

Generalmente, las condiciones que tenemos en cuenta para decidir si optar por un abordaje hemiareolar o uno submamario son:

- a) Tamaño de la areola: Si la longitud de la hemiareolar inferior es menos de 4-5 cm (a la expansión) deberemos descartar este abordaje ya que una tracción excesiva para introducir el implante puede conllevar quemaduras en los bordes y, por lo tanto, un peor***

resultado de la cicatriz. Evidentemente, el tamaño del implante es fundamental a la hora de decidirnos por este abordaje , ya que podemos prolongar un centímetro una incisión en el pliegue submamario pero nunca sobre pasar el limite de la areola.

b) Pigmentación areolar: Cuando una areola tiene un dibujo de pigmento muy marcado la consideramos buena candidata ya que la cicatriz apenas será visible . No obstante, si la areola tiene los limites difuminados preferimos optar por el pliegue submamario ya que la cicatriz será mas evidente entre el pigmento natural de la areola.

c) Sensibilidad areola-pezones: Aunque es raro que ocurran pérdidas de sensibilidad en la areola y el pezón tras una mamoplastia de aumento por la hemiareola inferior, el riesgo es superior al acceso submamario. Por ello, a pacientes muy preocupadas por este riesgo deberemos recomendarle el acceso inframamario para evitar dicha complicación.

d) Deseo de la paciente: Una vez explicados todos estos factores, el deseo de la paciente es otra condición fundamental a la hora de decidir el acceso del implante. No nos debe condicionar nuestra comodidad quirúrgica si es viable el acceso deseado por la paciente.

PLANO ANATÓMICO

Los planos anatómicos más empleados para la mamoplastia de aumento son el antepectoral (prepectoral) y el retropectoral. También, el subfasial es un plano aceptado pero lo consideramos una variante del antepectoral. En nuestra opinión, y siempre que no haya contraindicación, un implante retropectoral aportara un resultado más satisfactorio a largo plazo. Confiere mayor sostén, mayor cobertura, retrasa la ptosis mamaria, previene el rippling y la sinmastia. El aumento antepectoral es una técnica muy sencilla que puede dar también resultados muy satisfactorios y sin dolor prácticamente, pero el peso del implante recaerá sobre estructuras anatómicas blandas por lo que a largo plazo, puede ser peor en comparación con el plano subpectoral. Realmente, cada cirujano debe tener su criterio, ya que ambos planos están totalmente aceptados y no se puede afirmar con rotundidad que uno siempre sea mejor que el otro. 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 severa (pinch test inferior a 2 cm) o amastia, debemos optar por el plano retromuscular para brindar al implante de una mejor cobertura

evitando complicaciones tales como rippling central, extrusiones del implante etc.

b) Hipertrofia muscular: en casos de pacientes 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 dejará 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 no poner nunca el implante antepectoral ya que la cesión de la piel la evidenciaremos a las pocas semanas de la intervención.

TIPO DE IMPLANTE

Los implantes más empleados en la actualidad son los de gel 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.

· 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 .

· 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.

· 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 caracte-

riza 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 tardía. 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, es su perfil y forma, ya que ello condicionará la morfología de la mama operada.

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

b) 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 aumenta 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.

c) Complejión física de la paciente: Las paciente 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 este tipo de pacientes optemos por un implante anatómico, al igual que lo hacemos con pacientes mastectomizadas.

d) Aspectos de la mama: La posición anatómica (no derivada de la ptosis) de la areola es fundamental ya que nuestros esfuerzos deben ir siempre a conseguir que el pezón sea el área mamaria de mayor

proyección. El implante redondo siempre tiene un punto de máximo de proyección más alto que el anatómico. Esto debe ser tenido en cuenta, ya que la solución nunca será bajar en exceso el surco inframamario de la paciente.

e) 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 vienen recogidas 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 el aumento de mama se suele realizar la incisión en el pliegue inframamario, lo que dada la variabilidad de la localización de dicho pliegue, supone un extra de habilidad por parte del cirujano para conseguir que el mismo haga invisible la cicatriz resultante. Realmente, tiene mucho de arte y de pericia, y la gran mayoría de cirujanos experimentados son capaces de realizarlo “a ojo” una vez que ven a la paciente y saben el implante que han seleccionado. Pero, ¿qué ocurre cuando no hay tanta experiencia?. Lo ideal es tener una guía y quizás la más aceptada es la norma de que el pliegue rara vez baja más de 1-2 cm, nunca sube y, sobre todo, hacer las mediciones según el método Akademikliniken. Estas mediciones consisten en marcar una línea horizontal del pezón al esternón con los brazos elevados. Seguimos marcando una vertical a nivel esternal en sentido caudal con la mitad del diámetro del implante seleccionado y finalmente una horizontal lateralmente bajo la mama. Ese será el punto más exacto donde posicionar la incisión.

2.3. Seguimiento postoperatorio y complicaciones

Cada cirujano tiene sus propias costumbres a la hora de realizar el seguimiento postoperatorio de cada cirugía. En la mamoplastia de aumento no es diferente. No existe un manual que sea la verdad absoluta de cómo seguir a

un paciente quirúrgico. Lo que sí debemos tener claro es que hay una serie de recomendaciones que son evidentes. Entre ellas está 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 doctores 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.**
 - 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 propia paciente. Como norma, no recomendamos dar de alta a pacientes que vivan a más de 30 minutos del hospital. El motivo es poder acudir al centro hospitalario de forma precoz en caso -poco frecuente- de síntomas de sangrado agudo en el postoperatorio inmediato.**

Las revisiones postoperatorias son variables. Nosotros 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, otra a los tres meses y de seis a 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 debemos indicar 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 en nuestra paciente.

COMPLICACIONES

Debido al volumen de intervenciones de mamoplastia de aumento que se realizan actualmente, existe un número nada desdeñable de complicaciones, pese a ser una cirugía completamente segura en manos expertas. Es por ello, que el cirujano no sólo debe conocer las técnicas quirúrgicas, sino también detectar precozmente los problemas derivados de dicha técnica para solventarlos de manera satisfactoria. Por ello, dividimos las complicaciones más frecuentes en tempranas (días o semanas tras la cirugía), y tardías (meses o años tras la cirugía).

TEMPRANAS

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 precisar tratamiento quirúrgico, se suele optar por la colocación e un drenaje a través de la misma incisión y generalmente, mantenerlo unos días hasta garantizar la completa resolución.*

b) Infección: *Es muy rara en condiciones normales de asepsia (1%). Si la infección afecta solo a partes blandas puede realizarse punción, 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 este 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 es, una vez infectado resulta imposible eliminar el foco infeccioso, el cual suele quedar acantonado para dar nuevas crisis infecciosas al suspender los antibióticos.*

c) Enfermedad de Mondor: *es una tromboflebitis de la vena epigástrica superior superficial. Ocurre en un 1% de las pacientes y la sintomatología suele ser un cordón vertical duro, doloroso y eritematoso, bajo el pliegue submamario. Es una complicación*

autolimitada que se resuelve en 4-6 semanas. A veces, se prescriben AINES y calor local para aliviar los síntomas.

d) Galactoceles o galactorrea: Ocurre por un estímulo del centro hipotalámico tras la cirugía de mama generando un incremento de la prolactina. Puede precisar en algunos casos de 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.

e) 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.

TARDIAS

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 relevante 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 organismo genera una cápsula o membrana fina que intenta independizar la prótesis del mismo. Es una respuesta normal y “sabia” del cuerpo. El problema ocurre cuando dicha cápsula se hipertrofia y se engrosa, dando lugar a la contractura capsular o encapsulamiento protésico. Los síntomas que ocasionan, conocidos por todos, son los 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 y que no suelen requerir ninguna medida, y 3-4 para los severos que requieren de 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, el tratamiento quirúrgico 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 antepectores en mamas sin cobertura suficiente. Era más frecuente cuando se usaban corticoides en el bolsillo pectoral.

