



Revista “Ciencia Médica” – Num. 2 – Junio 2002

Título: “Aumento de mama con prótesis mamarias anatómicas asimétricas (PAA): el modo más natural de aumentar y modelar el pecho simultáneamente”

Autor: Dr. Juan A. Mira

c/ Jorge Juan 8 – Tel. 96 320 50 10
46004 Valencia, España
doctormira@doctormira.com

Introducción:

Durante más de 40 años los laboratorios de prótesis mamarias nos han ofrecido implantes que, con pequeñas variaciones, se reducían a una formas simétricas (unilaterales) de esferas o gotas.

Desde siempre pensamos que esta imposición industrial debía cambiar. Porque condicionaba los planteamientos clínicos a los económicos: es más complejo (menos rentable) hacer *pares* que *unidades*, es más menos rentable (más complejo) hacer *reproducciones anatómicas* que *patrones geométricos*.

Y así, durante casi medio siglo, se nos ha mantenido la creencia de que las prótesis son “de un solo lado”. Y esto en el ser humano, creo que todos estamos de acuerdo, es tan absurdo como que los guantes sean “de una sola mano”. O los zapatos “de un solo pie”...



Es por ello que nos llenara de satisfacción el colaborar con los laboratorios Poly Implants Prothèse en el desarrollo, según nuestra documentación, de las primeras prótesis verdaderamente anatómicas (y por tanto asimétricas) de la historia.

Historia

Conocer los laboratorios Poly Implants Prothèses, en Francia, fue una experiencia muy interesante. Sus sistemas de investigación y desarrollo nos impresionaron: son excelentes.

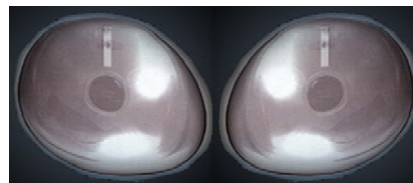


Fig. 2 – PAA: par

Animados por todo aquello, lo que pudimos vivir allí, empezamos a desarrollar un procedimiento quirúrgico para la aplicación de sus Prótesis Anatómicas Asimétricas. Y que no fue mucho más que la adaptación de nuestra técnica habitual de aumento mamario vía transareolar inferior a unas formas francamente diferentes.

El 11 y 12 de diciembre de 2001 llevamos a la clínica nuestro proyecto con el implante de los dos primeros pares.

El resultado inmediato fue inesperado: bajo nuestro punto de vista, los pechos de nuestras primeras voluntarias nos aparecieron excesivamente grandes, excesivamente

amplios. Nada igual a lo conocido por nosotros con cualquiera de los implantes anteriores.

Comunicamos al laboratorio que suspendíamos temporalmente la experimentación clínica, pues debíamos modificar algunos detalles, tanto de diseño como de técnica

Pudimos así continuar valorando a nuestras pacientes. Y con fría objetividad. Porque subjetivamente ellas siempre estuvieron encantadas con el resultado (!)

Fue pasados cumplidamente los 3 meses de la intervención cuando pudimos observar las verdaderas posibilidades técnicas del implante. A nuestro modo de ver, su “eje mayor horizontal” aportaba una sensación superior de plenitud al pecho: generoso escote y buena caída axilar. La prominencia superior le daba llenado torácico. Y el “recorte” inferior controlaba el descolgamiento.

Hasta hoy tenemos intervenidas implantadas de 200 pacientes con prótesis anatómicas asimétricas. No hemos hecho estudios exhaustivos de los resultados obtenidos con análisis objetivos especiales. Disponemos de una constante, el grado de satisfacción personal: óptimo en el 100% de las operadas. Y eso en cirugía estética mamaria, para nosotros, es algo sin precedentes.

Características de las Prótesis anatómicas asimétricas

Las prótesis anatómicas asimétricas P.I.P. reproducen cumplidamente ambos pechos femeninos. Por eso podemos

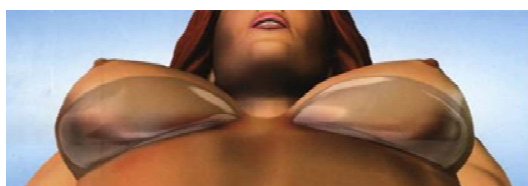


Fig. 3 - PAA

conseguir muy fácilmente un pecho anatómicamente lleno. Y por tanto natural.



Fig. 4 – PAA (anterior y posterior)

En la cara anterior observamos cuatro expansiones: superior (delgada y alta), inferior (ancha y corta), media (estrecha y larga) y lateral (amplia y extensa). Hay una

marca visual que nos confirma, una vez implantada, su posición correcta..

En la cara posterior vemos (y podemos palpar) los posicionadores táctiles: dos en la parte superior y uno en la inferior. Es cóncava y con ejes asimétricos. Este

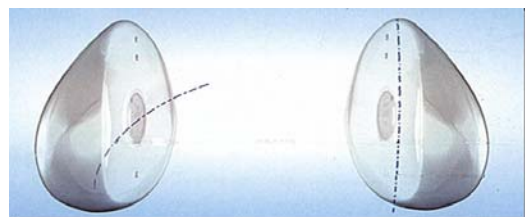


Fig. 5 – PAA (lateral)

hecho le confiere la peculiaridad de adaptarse de forma muy estable a la pared torácica, convexa, impidiendo la rotación.

Comparemos las prótesis asimétricas con las tradicionales:

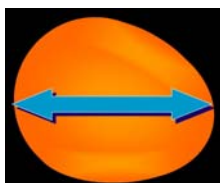


Fig. 7 – PAA: el eje mayor horizontal

Lo primero que descubriremos es el eje mayor: es horizontal. Lo cual no tiene otro razonamiento que este: si el eje mayor de la glándula mamaria femenina es horizontal, el eje mayor de una prótesis

que la supla reemplace no puede (no debe) ser de otra manera. Como toda prótesis: la sustitución del órgano por el implante que lo reproduce

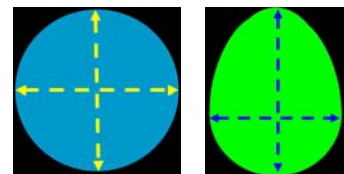


Fig. 6 – Ejes iguales (redonda) y mayor vertical (oval)

Con las prótesis redondas: las prótesis asimétricas se expansionan radialmente,



Fig. 8 – Comparación: PAA y redondas

tendiendo a exceder a las redondas en toda su circunferencia. A la hora de

realizar un implante, esta capacidad suplementaria nos lleva a tener que aumentar en aproximadamente un 30% el volumen nominal de la prótesis asimétrica con respecto al que estimaríamos, para la misma paciente, usando una prótesis redonda.

Prótesis ovales: las prótesis asimétricas son generalmente más extensas en los ejes horizontales y más



Fig. 10 – Comparación: PAA y oval

reducidas en los verticales (sobre todo en el polo inferior). Esto nos lleva a tener que utilizar aproximadamente un 10-15% más de volumen más cuando implantamos una prótesis asimétrica que el que el que utilizaríamos en el mismo caso con una prótesis oval.

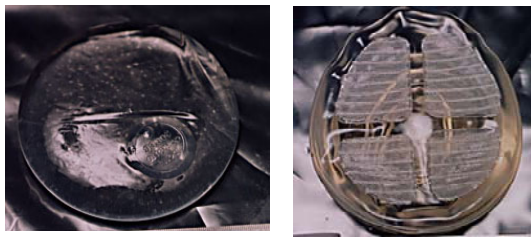


Fig. 9 – Prótesis Dow Corning (1962)

Anecdóticamente podemos afirmar que Cronin en 1962 diseñó unas prótesis en forma de gota a las que solamente les faltaba un detalle para conseguir un llenado anatómico similar al de las asimétricas:

rotarlas 110°, en sentido horario para la derecha y antihorario para la izquierda. Porque, pensamos, el volumen mayor del pecho no debe forzarse hacia abajo (¡ya lo hace normalmente para desgracia estética de las damas!), sino hacia el centro (prótesis circulares) o hacia fuera (prótesis anatómicas asimétricas).

En la tabla podemos ver las medidas de las prótesis anatómicas asimétricas. Están altamente estudiadas para cubrir, de forma sencilla y sin complicaciones, las necesidades habituales. Hemos podido comprobarlo. Y resulta especialmente útil al permitirnos siempre

VOLUMEN (cc)	ANCHURA (mm)	ALTURA (mm)	PROYECCIÓN (mm)
200	109	86	36
230	114	89	39
245	119	93	42
260	125	98	44
280	130	102	46
300	135	107	48
330	138	110	50
370	143	115	52
400	148	119	54
450	153	124	56

Fig. 11 – Medidas de las PAA

disponer para la intervención, en un reducido espacio del quirófano, de todos los tamaños. La elección de la prótesis es así tarea muy fácil. Y siempre disponemos de ella. Por eso no hemos encontrado hasta la fecha motivaciones para modificar esta simplificación.

Indicaciones

Desde que nos iniciamos con este diseño hemos utilizado prótesis asimétricas en todos nuestros casos de aumento mamario simple.

Hemos observado un comportamiento muy interesante en casos moderados de

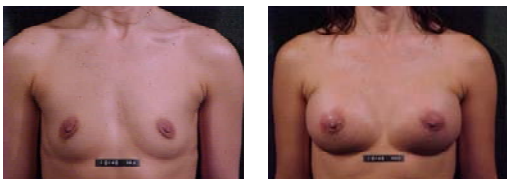


Fig. 13 – PAA en divergencia de areolas

asimetría o divergencia de pezones. Hemos desarrollado los vectores de elevación comparativos que

explican la razón de esta evidencia. Podemos ver en la figura que los implantes redondos u ovales proyectan el complejo areola-pezones perpendicularmente al tórax, mientras que en las PAA su mayor carga externa (axilar) “empuja” desde el

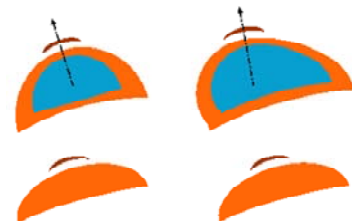


Fig. 12 Vectores de expansión en prótesis simétrica y asimétrica

exterior hacia el interior consiguiendo el centrado a que nos referimos.

Y creemos son especialmente útiles en casos de cierta deformidad añadida, como mama tuberosa o ptósica donde sin

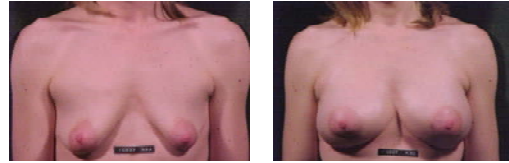


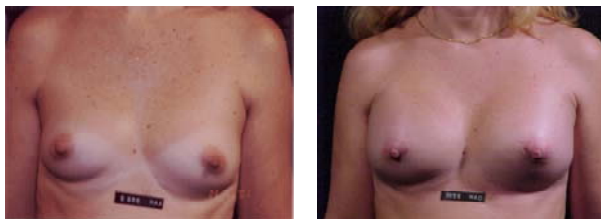
Fig. 14 – PAA de 450 cc en mama tuberosa

maniobras especiales (salvo la sección del anillo constrictor en su caso), la expansión del implante consigue unos resultados satisfactorios.

Procedimiento

Todas las intervenciones las hemos realizado sobre pacientes sanas, bajo anestesia general.

Una vez dormida la paciente le infiltramos Ultracain ® con Epinefrina 1/100.000



**Fig. 15 – Corrección asimetrías y ptosis discretas.
PAA de 280 cc**

suficiente una ampolla (1.8 c.c.) para la totalidad de cada lado.

a lo largo de la futura línea de incisión (transareolar inferior) y profundizando en el canal de introducción del implante (transglandular directo). Es

Utilizamos normalmente la vía transareolar inferior. Durante más de 25 años hemos observado siempre una evolución muy favorable de este



Fig. 16 – PAA de 200 cc

acceso, con un resultado estético bueno y sin incidencias en la sensibilidad o la lactancia.

No hemos realizado la vía submamaria, salvo en los casos que combinamos una pexia vertical inferior para la corrección de ptosis severas.

Realizamos el túnel de la glándula, por disección roma, llegando directamente al espacio suprapectoral. Creemos que con los alojamientos subpectorales perderíamos las posibilidades de este diseño, pudiendo (como hemos visto en la experiencia de otros autores) llegar a resultados impredecibles. Recomendamos por ello continuar con la utilización de prótesis tradicionales en los procedimientos retropectorales.

El despegamiento de la glándula lo realizamos con los dedos índice y medio.



Fig. 17 – PAA de 370 cc

Como norma práctica, cuando “entran” estos, cabrá perfectamente el separador y una prótesis de cualquier tamaño.

Siempre bajo visión directa podemos usar alguna vez para liberar los tejidos una pinza disectora con torunda húmeda o excepcionalmente la tijera.

Cada vez con más frecuencia realizamos un descenso del pliegue submamario en 1 o 2 centímetros. Creemos conseguir así una mejor expansión de la prótesis y un resultado más natural.



Fig. 18 – Sustitución de prótesis tradicional retropectoral (200 cc) por PAA (330 cc)



Fig. 19 –Perfil del mismo caso de la fig. 18

La coagulación bipolar es normalmente suficiente para lograr una completa hemostasia.

Comparamos la simetría de despegamiento en ambos lados y finalmente introducimos una cánula (Redón de 10mm), que saldrá por areola superior, donde también se fijará su anclaje de seguridad.

Hay que vigilar al personal circulante de quirófano cuando nos ofrezca la prótesis que le solicitemos. Controlaremos el volumen, pero sobre todo el lado (izquierdo o derecho). Hemos propuesto al laboratorio una identificación iconográfica, pero actualmente la etiqueta todavía está solo en francés e inglés.

La introducción de las prótesis asimétricas por vía transareolar es bastante más

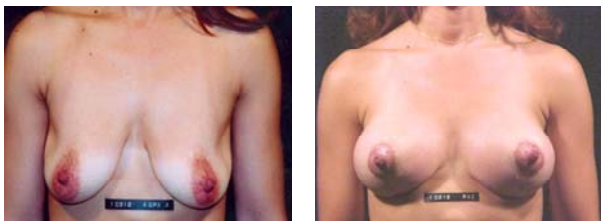


Fig. 20 – Hipotrofia con ptosis. Mastopexia inferior e implante de PAA (235 cc)

laboriosa que los modelos tradicionales (más volumen, forma más “cuadrada”).

Utilizamos un separador de Biggs de 40 mm y una pequeña valva que nos ayuda en la apertura del canal de

entrada. El gel cohesivo del implante nos permite que, con un cierto movimiento ameboideo, consigamos en todos los casos su introducción sin extender la incisión fuera de la areola.

Una vez alojado el implante es imprescindible comprobar su posición.

Existe para ello una marca visual anterior: es una banda lisa vertical que destaca sobre la superficie texturizada. Hay que tener muy en cuenta que

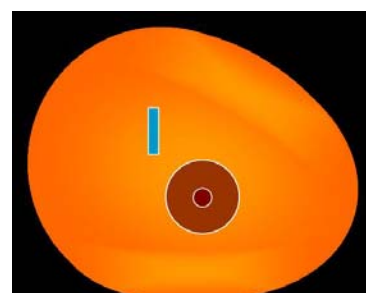


Fig. 21 – Posición del localizador visual con respecto a la areola

actualmente su proyección *no coincide exactamente con la areola*. Está algo más hacia arriba y hacia afuera.

Debido al perfil cóncavo y asimétrico, la rotación del implante, una vez alojado, es muy difícil. Para desplazamientos superiores a 30° es preferible extraer el implante e introducirlo de nuevo.

Suturamos la glándula con Monocryl ® 3/0 y las capas hipodérmicas (incluida una continua subcutánea) con Vicryl Rapid ® 3/0.

Al único apósito es SteriStrip ® encima de la herida quirúrgica. Esto permitirá a la paciente ducharse diariamente.

No somos partidarios de vendajes compresivos o sostenes ortopédicos. Los sujetadores comerciales deportivos (preferiblemente abrochados delante: Fila®, Adidas®, Triumph®, etc.) nos han sido siempre suficientes para conseguir una inmovilización eficaz, confortable y económica.

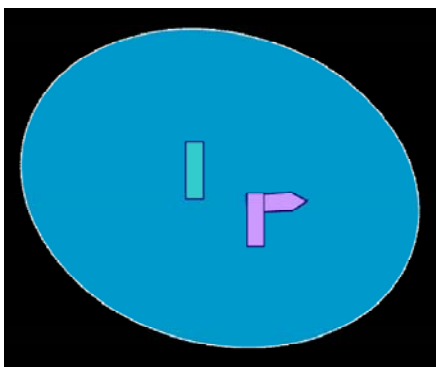


Fig. 22 – Posicionador anterior: actual (azul) y proyecto del futuro (violeta)

La paciente, terminada la intervención y ya consciente, pasa a su habitación. Nuestro anestesista le dará el alta a las pocas horas.

Los cuidados postoperatorios son los habituales: retiramos drenajes en 24-48 horas, SteriStrip en 3-4 semanas y sujetador deportivo en 45-60 días.

Informamos a la paciente que un resultado normal (visual y táctil) no lo tendrá antes de 3 meses de su intervención, fecha en que le daremos su informe de alta.

Conclusiones

Afirmar que con las prótesis anatómicas asimétricas obtenemos mejores resultados que con las tradicionales es todavía muy arriesgado.

Si podemos decir que todas nuestras pacientes están muy satisfechas con los resultados. Por tanto, nosotros lo estamos con los implantes. Porque sin maniobras especiales, observamos correcciones muy interesantes. En todas las hipotrofias mamarias, sobre todo con componenets de asimetría, ptosis o divergencia de pezones.

Hemos imaginado diagramas que podrían explicarnos esas ocurrencias.

Pero es solo el principio. El camino no ha hecho más que iniciarse y está por recorrer.

Invitamos a todos a que se apunten al viaje.

Creemos que se abre un nuevo horizonte: el de las prótesis anatómicas bilaterales.

Naturalmente conformadas: derecha e izquierda.

Bibliografía

1. Arion H: Statistics and breast implants *Ann Chir Plast Esthet* **42**:194, 1997

2. Bettex S, Gailloud-Matthieu MC, Raffoul W, Egloff DV: Breast augmentation: indications, types of prostheses, surgical techniques, complications, results. *Rev Med Suisse Romande*. **119**:729, 1997
3. Bogetti P, Boltri M, Balocco P, Spagnoli G: Augmentation mammoplasty with a new cohesive gel prosthesis. *Aesthetic Plast Surg* **24**:440, 2000
4. Clark P, Garbe E, Habbick B, Lawrence V, Spitzer WO.: Questions on breast-implants study: *Lancet* **351**:1358, 1998
5. Goldberg P, Habal MB: Future directions in breast implant surgery. *Clin Plast Surg* **28**:687, 2001
6. Hidalgo DA: Breast augmentation: choosing the optimal incision, implant, and pocket plane. *Plast Reconstr Surg* **105**:2202,2000.
7. Maillard GF: McGhan style 410 anatomic breast implant. *Plast Reconstr Surg* **96**:495,1995.
8. Mira, JA, Leyton, F.: Mamoplastia aumentativa vía transareolar inferior: 100 casos. *Cuad Cir Plast Iber Lat Amer* **7**: 56, 1981
9. Niechajev I: Mammary augmentation by cohesive silicone gel implants with anatomic shape: technical considerations: *Aesth Plast Surg* **25**:397,2001.
10. Rimareix F, Masson J, Couturaud B, Revol M, Servant JM: Breast reconstruction by inflatable anatomical implant. Retrospective study of 65 cases: *Ann Chir Plast Esthet* **44**:239,1999
11. Tebbetts JB: What is adequate fill? Implications in breast implant surgery: *Plast Reconstr Surg* **97**:1451,1996
12. Young VL, Watson ME: Breast implant research: where we have been, where we are, where we need to go: *Clin Plast Surg* **28**:451,2001

Juan

A.

Mira

c/ Jorge Juan 8

Tel. 96 320 50 10

www.doctormira.com

Pies de las figuras:

- 001: Prótesis redonda unilateral (DowCorning 1962)
- 002: Prótesis oval unilateral (Dow Corning 1962)
- 003: Prótesis anatómica asimétrica derecha (P.I.P. 2001)
- 004: Prótesis anatómicas asimétricas bilaterales (P.I.P. 2001)
- 005: Proyección inferior
- 006: Anterior y posterior
- 007: Lateral
- 008: Inferior
- 009: Proyección de prótesis redonda sobre asimétrica
- 010: Comparación de expansión de prótesis: redonda sobre asimétrica
- 011: Proyección de prótesis oval sobre asimétrica
- 012: Comparación de expansión de prótesis: oval sobre asimétrica
- 013: Preoperatorio. Hipotrofia y divergencia de areolas
- 014: Postoperatorio. Prótesis anatómica asimétrica de 375 cc. Postoperatorio
- 015: Preoperatorio. Asimetría
- 016: Postoperatorio. Prótesis anatómica asimétrica de 280 cc
- 017: Preoperatorio. Asimetría.
- 018: Postoperatorio. Prótesis anatómica asimétrica de 200 cc
- 019: Preoperatorio. Divergencia de areolas y diastasis intermamaria
- 020: Postoperatorio. Prótesis anatómica asimétrica de 370 cc
- 021: Preoperatorio. Mama tuberosa. Frente
- 022: Postoperatorio. Mama tuberosa. Frente. Prótesis anatómica asimétrica de 450 cc
- 023: Preoperatorio. Mama tuberosa. Perfil

024: Postoperatorio. Mama tuberosa. Perfil. Prótesis anatómica asimétrica de 450 cc

025: Preoperatorio. Prótesis redonda subpectoral de 200 cc. Frente

026: Postoperatorio. Frente. Sustitución por causalgia. Prótesis anatómica suprapectoral de 350 cc.

027: Preoperatorio. Prótesis redonda subpectoral de 200 cc. Perfil

028: Postoperatorio. Perfil. Sustitución por causalgia. Prótesis anatómica suprapectoral de 350 cc.

029: Localizador anterior (azul: actual – lila: futuro)

030: Vectores de elevación de areola. Divergencia (prótesis tradicional). Con Centrado (prótesis anatómica asimétrica).

031: Tabla 1 – Medidas de los implantes de silicona cohesiva