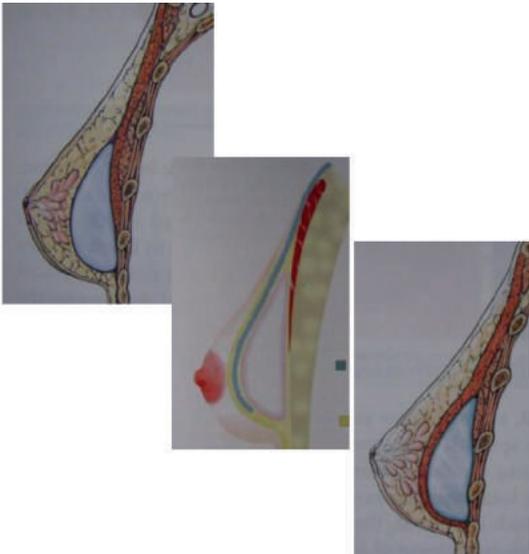


Revisión sobre ubicación y abordajes para prótesis mamarias. Indicaciones, ventajas y desventajas

Dr. Kube León

Ubicación del implante

- Subglandular o retroglandular.
- Subfascial.
- Retropectoral.
- Doble plano.



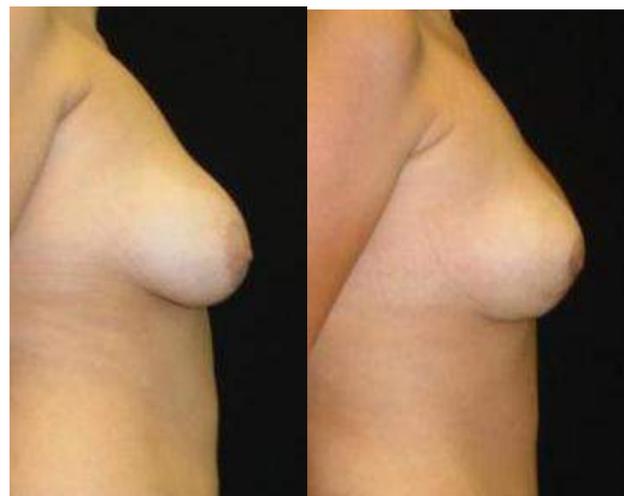
Prótesis Retroglandular:

El implante se coloca detrás de la glándula mamaria y por encima de la fascia del músculo pectoral mayor.

Indicaciones:

- Hipoplasia mamaria.
- Ptosis leve a moderada.

- Evitar eventual pexia mamaria.



Asimetría mamaria. Paciente nulipara. Prótesis 250cc subglandular izquierda
A través de incisión areolar inferior y pexia vertical contralateral con colgajo de Ribeiro I en mama derecha

- Test del pellizco con más de 2 cm.
- Se puede usar en mamas tuberosas.



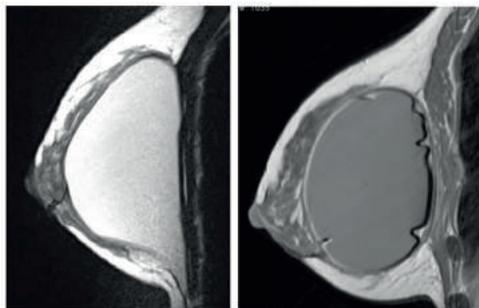
Colocación subglandular en mamas tuberosas tipo I para descender ambos surcos submamañosos a través de incisiones areolares inferiores con prótesis de 275 cc.

Ventajas:

- Recuperación post operatoria muy rápida.
- Hay mayor control de los límites del bolsillo y de la forma mamaria.
- Menor dolor postoperatorio

Desventajas:

- A medida que transcurre el tiempo puede haber mayor atrofia del tejido glandular y adiposo.
- Se pueden palpar las ondulaciones (rippling).
- Si el tejido es laxo, el peso del implante puede ocasionar ptosis mamaria, cuya aparición en el tiempo dependerá del volumen implantado (a mayor volumen la ptosis ocurrirá mas temprano)
- Si se presenta una contractura capsular la deformidad es muy evidente.
- No se evalúa el 49% del tejido mamario.



- Aún con la Maniobra de Eklund se deja de evaluar 39% del tejido mamario (1)

Prótesis Subfascial

El implante va colocado debajo de la fascia del músculo pectoral mayor.

Ventajas:

- Menor tiempo operatorio con respecto a la submuscular.

- Al contraerse el músculo no se distorsiona la forma de la mama.
- Mejor que la colocación sub-glandular ya que el implante tiene un recubrimiento más grueso de tejido blando.
- Menos tendencias a las ondulaciones.
- Menor tendencia a ptosis ya que la fascia contiene al implante en su lugar.

Desventajas:

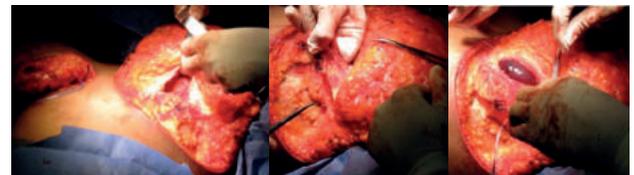
- Requiere de hemostasia mas rigurosa.

Prótesis Retromusculares



Ventajas:

- Menor índice de contractura capsular.
- Con la maniobra de Eklund no se puede evaluar un 9% del tejido mamario con respecto a la posición retroglandular (49%).
- No se ve el borde del implante en el polo superior
- Si el implante es de tamaño proporcional al tórax de la paciente puede ser cubierto en su totalidad con el músculo pectoral mayor y sus fascias vecinas (2)



Mamoplastia de reducción con colocación de prótesis mamarias para proyectar polo superior. Se aprecia la colocación del implante de 300 cc detrás del músculo pectoral mayor cubriéndolo en su totalidad.

Desventajas:

- Posible contracción muscular que produzca surcos infra-mamarios asimétricos.
- Mayor dolor postoperatorio.
- Mayor hemorragia con mayor posibilidad de hematomas
- Distorsión de la mama al contraerse los músculos pectorales mayores.



Colocación retropectoral en mamas tuberosas tipo I previo descenso de ambos surcos submamaros mediante disección subglandular a través de incisiones areolares inferiores con prótesis de 375 cc.

Prótesis en doble plano

Consiste en la liberación de las inserciones mediales e inferiores del pectoral mayor para lograr mejor distribución espacial de la prótesis y así permitir cobertura subpectoral y subglandular. Se puede usar en mamas tuberosas.

Ventaja:

Permite disección y elaboración de un bolsillo de mayor capacidad para implantes grandes (mas de 400 cc).

Desventaja:

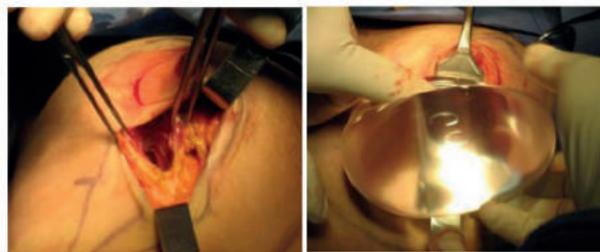
- Posibilidad de luxación del implante.

Vías de abordajes para mamoplastia de aumento

- Periareolar, circumareolar inferior o superior.
- Surco submamario.
- Transaxilar.
- Transmamilar o transareolar.
- Transumbilical.
- Abdominal.



Abordaje Periareolar



Diéresis del Pectoral mayor

Introducción de la prótesis submuscular

La incisión se realiza entre el borde de la areola y la piel.

Puede ser superior bien sea cuando realizamos pexia solo del complejo areola-pezones o para reseca lesiones mamaras en los cuadrantes superiores o inferior.

Se obtiene acceso directo a la porción medial del músculo pectoral mayor

Indicaciones:

- Diámetro areolar mayor de 35 mm ya que en areolas menores y el uso de prótesis mayores a 350 cc se corre el riesgo de cicatrices ensanchadas o inestéticas

Ventajas:

- Acceso directo a porción medial de músculo pectoral mayor
- Circumareolar superior permite reseca lesiones en cuadrantes superiores o permite realizar pexias de hasta 3 cm del complejo areolapezón

Desventajas:

- No se recomienda en areolas menores a 3 cm por el riesgo de producir cicatrices inestéticas, hipertróficas o queloides.



Prótesis de 350 cc a través de incisiones circumareolares inferiores en bolsillos submusculares.



Se utilizaron incisiones areolares superiores para reseccionar múltiples Fibroadenomas mediante mastectomías parciales radioguiadas con arpones en ambos cuadrantes superiores bilaterales y se colocaron implantes de 350 cc retropectorales. El aspecto del pezón hiperplásico se compensó con el aumento de volumen

Abordaje Submamario



Se diseñaron incisiones areolares y submamarias. La Paciente prefirió las submamarias. Prótesis 250 cc colocación submusculares

La incisión se realiza en el pliegue inframamario cuando este está definido o 5 cms por debajo del pezón. (3)

Indicaciones:

- Pacientes con antecedentes de queloides que prefieran esta incisión.
- Areolas con diámetros menores de 3 centímetros.

Ventajas:

- Cicatriz poco visible a excepción de uso de trajes de baños pequeños.
- Preserva la sensibilidad del complejo areola-pezón.
- No se lesionan los conductos galactóforos.

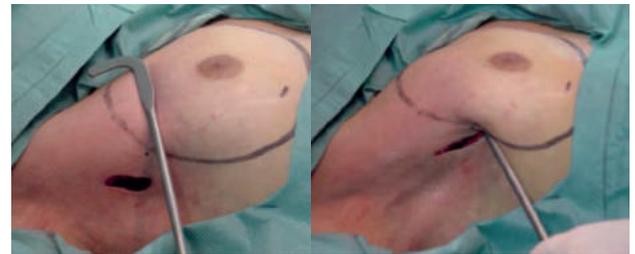
Desventajas:



Mayor riesgo de dehiscencia sobretodo con el uso de prótesis grandes o en caso de recambios de implantes de mayor tamaño

Abordaje Axilar

La incisión se realiza en forma de “S” itálica en el hueco axilar por detrás del tendón del pectoral mayor. (4)



Indicaciones:

- Areolas con diámetro menor a 30 mm y poca elasticidad (nulíparas)
- Antecedente de cicatrización hipertrófica o queloides.
- Preferencia de la paciente.
- Mamas no ptósicas.

Ventajas:

- Cicatriz poco visible.
- Preservación de la sensibilidad del pezón.

Desventajas:

- El bolsillo subpectoral se disecciona a ciegas o con ayuda de un endoscopio.
- Difícil hemostasia.



Abordaje Umbilical (5)

Indicaciones:

- Preferencia de la paciente.

Ventajas:

- Cicatriz poco visible lejos del área mamaria.

Desventajas:

- Se debe usar endoscopio rígido de 30 cm x 10 mm
- Realizar disección sobre fascia.
- Prótesis inflable de Sol. 0,9%

Abordaje Transmamilar o Transareolar

Indicaciones

- Preferencia de la paciente.

Ventajas:

- Cicatriz poco visible
- Fácil disección
- Minimiza alteraciones de la sensibilidad.

Desventajas:

- Limitado a areolas pequeñas

Abordaje Abdominal



Indicaciones

- En conjunto con abdominoplastias.

Ventajas:

- No hay cicatrices visibles cerca de las mamas.

Desventajas:

- Prótesis pre-pectoral.

Estos tres últimos abordajes antes mencionados son de uso excepcional en la práctica diaria.

Referencias bibliográficas

1. Silverstein, M. J., Handel, N., and Gamagami, P. The effect of silicone gel-filled implants on mammography. *Cancer* 68: 1159, 1991.
2. Ventura O., Marino H., Marcello G. et al.: "Un zócalo como soporte del implante mamario". *Cir plást. iberolatinoam.* 2007; 33 (1): 31.
3. Hidalgo, D. A. Breast augmentation: Choosing the optimal incision, implant, and pocket plane. *Plast. Reconstr. Surg.* 105: 2202, 2000.
4. Tebbetts JB. Axillary endoscopic breast augmentation: processes derived from a 28-year experience to optimize outcomes. *Plast Reconstr Surg* 2006;118 (Suppl.):53S.
5. Dowden RV. Transumbilical Breast Implant Replacement. *Aesthetic Surg J* 2003;23:364.