DOSSIER
MONOGRÁFICO

AUMENTO MAMARIO

Doctora
Maritina
Martínez
Lara

ÍNDICE

1.Aumento.....2

2.La intervención.....2

3.La seguridad de los implantes.....2

4.Post-operatorio.....3

5.Mamas tuberosas: en qué consisten y cómo se corrigen.....3

6.Vuestras dudas: mamas tuberosas.....6

7.Casos clínicos: mamas tuberosas.....8

8.Caso mamas tuberosas grado III.....8

9.Descripción de mamas tuberosas por una paciente.....10

10.Algunos sutiles cambios respecto al aumento mamario.....11

11.Revisarse los implantes mamarios a los 10 años.....13

12.Duda: Hacerme un aumento mamario y temer quedarme corta o pasarme.....16

13.Casos clínicos de Mummy Makeover.....18

14.Duda: Deseo retirarme los implantes mamarios.....19

15.Casos clínicos: mastopexia de aumento.....22

16.Consejos para viajar en avión tras un aumento mamario.....23

17.Duda: Implantes muy grandes en mastopexia de aumento.....25

18.El postoperatorio en verano.....27

1. Aumento

Las mujeres que deciden hacerse esta intervención es porque quieren mejorar su aspecto. Algunas pacientes se sienten insatisfechas porque sus pechos no se han desarrollado al tamaño que ellas esperaban, otras quieren igualar las dos mamas, ya que tienen una más grande que otra y a menudo, algunas otras desean restaurar el volumen natural de sus senos que se ha reducido debido a un embarazo, a perdidas de peso o debido a la edad.

Si está considerando esta intervención debe de tener en cuenta su edad (si Vd. es muy joven, el **desarrollo de los senos debe haberse completado**), su grado de **madurez emocional y estar totalmente segura del porqué** quiere usted operarse (la mejor razón es sentirse mejor consigo misma), sus **expectativas** (debe tener expectativas realistas, sabiendo que esta intervención hará que su aspecto mejore pero la perfección no existe).

En la **primera consulta** su cirujano valorará su situación física y emocional y le comentará las posibilidades de su caso. Usted deberá **proporcionar al cirujano la mayor información posible**, como la existencia de cirugías previas o si hay antecedentes familiares de cáncer de mama, medicaciones… Así mismo el cirujano le indicará diferentes factores que pueden condicionar el resultado de la intervención, como por ejemplo: si se pretende quedar embarazada al poco tiempo, si se gana mucho o poco peso, ya que estas circunstancias puede variar la forma y tamaño de los pechos.

En esta primera consulta **además se examinarán los senos,** quizás se tomen varias **fotografías** así como se decidirá qué tipo de prótesis se implantará y el tamaño de éstas, se le examinará el **tipo de piel** y se le explicará cómo quedará la nueva forma de sus pechos.

2.La intervención

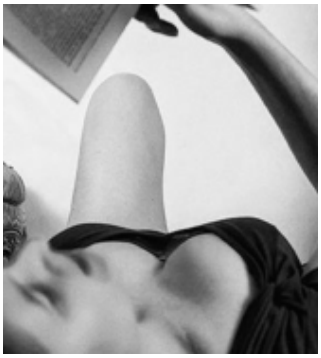
La técnica que utilizará el cirujano dependerá no sólo de las preferencias del profesional sino también de lo que ella desee. La **incisión es pequeña** y normalmente se hace en uno de estos dos sitios: **justo debajo del pecho o alrededor de la areola.** Una vez está hecha la incisión el cirujano hace un bolsillo, en el cual introducirá la prótesis. Este **bolsillo** se hace directamente **detrás del tejido mamario**, otras veces **bajo la fascia muscular o bien debajo del músculo pectoral.**

La cirugía se realiza en hospital, habitualmente bajo anestesia general, dura de una a dos horas en función del tipo de mama o presencia de algún tipo de malformación. Usted deberá permanecer en la sala de reanimación tras la cirugía un mínimo de seis horas o incluso pasar la noche hospitalizada.

3.La seguridad de los implantes

Su **cirujano le aconsejará** y le asesorará de los **tipos de prótesis** que existen el mercado y cuáles son sus características. Cada año, miles de mujeres se intervienen de esta operación sin tener ningún tipo de complicación.

Sin embargo, Vd. **deberá saber perfectamente los pros y contras de la cirugía y deberán explicarle también todas las complicaciones que esto puede conllevar.**



Es muy importante que los implantes sean de un gel de silicona cohesivo, que garantiza que, en caso de rotura del mismo, el gel no se desparrame o disperse.

Un implante con silicona cohesiva sólo se recambia si existe una rorura del mismo, confirmada siempre con pruebas radiológicas. Hay **implantes muy diferentes,** redondos o anatómcos, diferentes grados de cohesividad, diferencias en altura, proyección. Su cirujano le

recomendará el más adecuado para usted. **Asegúrese de que todas sus dudas han sido respondidas y que lo ha entendido todo a la perfección.** Su cirujano le aconsejará y le dará instrucciones de todo lo que debe de hacer antes y después de la intervención. Si Vd. sigue todas las instrucciones el número de riesgos será el mínimo posible.

4.Post-operatorio

Los **primeros días** después de la intervención debe de tener mucho **cuidado con sus movimientos.** La mayoría de molestias que pudiera tener se solucionarán con la medicación que le recete su cirujano.

Aunque cada persona evoluciona de forma diferente, en líneas generales la **recuperación** seguirá los siguientes **pasos:**

A la semana de la intervención: se podrá **duchar**, le **sacarán los puntos**, se sentirá capaz de **volver al trabajo**, siempre que sea un trabajo tranquilo y sedentario, podrá empezar a mantener de nuevo **relaciones sexuales,** siempre y cuando tenga mucho cuidado con los pechos.

Después de varias semanas de la intervención: se le habrá bajado mucho la hinchazón y empezará a ver los resultados finales, ya no deberá llevar el sujetador durante todo el día, podrá empezar a hacer ejercicio y mover con total soltura los brazos.

La **mayoría de las mujeres** a las que se les ha practicado esta intervención quedan encantadas con el resultado. Su nueva imagen les gusta y al ver que tienen una figura más estilizada le apetece vestir ropa más extremada. A muchas mujeres les proporciona **más confianza en sí mismas.**

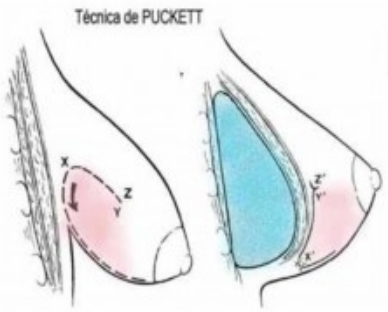
Aunque los resultados de la intervención perduran durante años, no olvide que **los pechos no son inmunes al paso del tiempo ni a los cambios de peso.** Después de la intervención tendrá que acudir a la consulta de su cirujano para una visita postoperatoria en la que se evaluará el proceso de recuperación. Es **recomendable** que acuda **cada uno o dos años**, y que se realice las pruebas adiológicas que su cirujano le recomiende.

5.Mamas tuberosas: en qué consisten y cómo se corrigen

Las mamas tuberosas, tubulares o constreñidas son una anomalía mamaria relativamente Sí, la técnica claramente es más compleja, y más larga. Si un aumento mamario normal supone una hora y media de cirugía, aproximadamente, estos casos pueden alcanzar las dos horas, dos horas y media. El postoperatorio en cuanto a dolor o necesidad de reposo es similar a cualquier aumento, pero sí que es más lento en cuanto al tiempo hasta ver el resultado definitivo.

Hay más inflamación y edema postoperatorio, y los tejidos precisan más tiempo para distenderse y adaptarse, paciencia, aunque ya al día siguiente podréis ver cómo ha cambiado ya la forma de la mama.aunque crean tal complejo en las mujeres que la presentan que se resisten a enseñarlas, avergonzadas de esas mamas " tan raras".

La forma anómala de estas mamas es debida a la presencia de un tejido fibroso en forma de anillo en la base mamaria localizado bajo la areola, que no permite el desarrollo completo de la mama durante la pubertad. Así, al tener una base en el tórax más estrecha, no crecen bien hacia abajo y hacia los lados.



Las mamas se ven muy separadas, con un polo inferior muy corto (es decir, con un surco submamario a muy poca distancia del pezón) y una forma tubular.

Las areolas suelen ser mayor de lo normal y con frecuencia están dilatadas, por la herniación del tejido mamario. Es habitual que

las mamas tengan un tamaño más pequeño y la asimetría, además, suele estar presente en casi 2/3 de los casos. Como he comentado, la mayoría de las pacientes sólo saben que tienen unas mamas muy raras, que les acomplejan tanto que a veces puede afectar su vida social y sexual.

Es habitual que salgan muy aliviadas de la consulta cuando les comentamos que su caso no es nada raro, de hecho, **¡supone casi un 20-25% de los casos de aumento mamario!** Hay varios grados, desde casos muy leves hasta casos de veras dramáticos.

La única solución es la quirúrgica. Y sí, la cirugía es más compleja que en un aumento mamario simple aunque también mucho más agradecida, lo **fundamental** es hacer un buen diagnóstico, sobre todo en los casos leves, pues la técnica es diferente, no basta con poner un implante mamario.

Por ello, es muy **muy importante acudir a un cirujano plástico con experiencia sobrada en este tipo de patología,** tened en cuenta que, si no se trata con la técnica adecuada, podemos incluso agravar el problema. Recordad, no es sólo un aumento mamario.

Ante una mama tuberosa debemos realizar una remodelación glandular completa, por ello hay que **corregir:**

- **la anomalía de la base mamaria.** Hay que dotar a la mama de una base de implantación normal, fragmentando y liberando la banda de constricción en el surco submamario y bajo la areola, pues sólo rompiendo esta brida será posible la distensión cutánea y el desarrolllo de la parte inferior de la mama. Es importantísimo asociar esto a la implantación de una prótesis mamaria de la anchura adecuada.

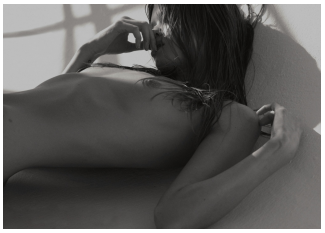
- **la constricción y deficiencia del polo inferior y los polos laterales.** Es necesario hacer una redistribución del tejido mamario, que suele ser denso y localizado en los polos superiores y a veces herniado a través de la areola. Hay muchas técnicas descritas.

Suelen revestir cierta complejidad en su realización, y son imprescindibles para modificar la forma de la mama, por ello es tan importante la experiencia del cirujano. Algunas técnicas consisten en realizar cortes radiales en el polo inferior para expandir, otras describen incisiones transversales en la cara posterior de la glándula, también para liberar cinchas y expandir, y otras incluyen el trazado de colgajos para redistribuir el exceso de tejidos hacia áreas deficitarias.

- **la herniación de la areola o su excesivo tamaño.** Es habitual que, incluso en casos leves, la areola tenga un diámetro mayor del habitual, desproporcionado al tamaño presente. Si el tamaño es muy grande o hay herniación, o protrusión, de las areolas es preciso realizar una reducción periareolar, a veces incluso una pequeña pexia, por esta vía. La cicatriz resultante sería entonces periareolar completa.

Sí, la técnica claramente es más compleja, y más larga. Si un aumento mamario normal supone una hora y media de **cirugía**, aproximadamente, estos casos pueden alcanzar las dos horas, **dos horas y media**.

El **postoperatorio** en cuanto a dolor o necesidad de reposo es similar a cualquier aumento, pero sí que es **más lento** en cuanto al tiempo hasta ver el resultado definitivo.



Hay más inflamación y edema postoperatorio, y los tejidos precisan más tiempo para distenderse y adaptarse, paciencia, aunque ya al día siguiente podréis ver cómo ha cambiado ya la forma de la mama.

Preguntas frecuentes

1.- Vía de abordaje

Dependerá del grado de malformación presente. **En casos leves o moderados puede ser ideal la vía submamaria,** siempre que no exista herniación de la areola ni ptosis, hay casos en que la areola, por el contrario, es de un tamaño muy pequeño y no es posible trabajar por esta vía. **En casos en que deseemos reducir el diámetro areolar o exista herniación, la vía periareolar es imperativa.** Vuestro cirujano os explicará.

2.- Tipo de implante mamario

Las mamas tuberosas son una clara indicación de **implantes anatómicos**. No se corrigen bien con implantes redondos (cuando aún no habían aparecido en el mercado los implantes anatómicos obviamente usábamos los redondos, pero el uso de los anatómicos, cuando estuvieron disponibles, no ha hecho sino mejorar espectacularmente nuestros resultados).

Pensemos en el tipo de malformación que queremos corregir: la banda de constricción ha impedido el desarrollo de los polos inferiores y laterales, por lo que la mama ha crecido hacia delante a expensas de los polos superiores y protruyendo la areola. **Necesitamos un implante que recree y dé mayor relleno a los polos inferiores, los superiores ya están rellenos de más.**

Por otra parte, **la prótesis debe tener cierta consistencia, estar dotada de un gel de alta cohesividad para colaborar en el cambio de forma y ayudar a distender esos tejidos tan tensos,** sobre todo en el área infraareolar y polos inferiores. ¡Estamos describiendo un implante anatómico! Y, de entre los tipos de implantes anatómicos, en concreto necesitaremos uno de altura media o baja, según la forma mamaria, de cierta anchura, y con proyección completa o elevada.

3.- ¿Es posible la lactancia una vez operada?

Depende de la técnica que se realice. Puede estar comprometida la lactancia si es preciso realizar alguna **técnica como la de Puckett**, que supone trazar un colgajo desde el polo superior, o hacer incisiones profundas en la cara posterior de la glándula, a nivel retroareolar.

Quiero insistir aquí en que debe ser el cirujano, con experiencia en estas patologías, quien tome la decisión respecto a vía de abordaje, implante y técnica quirúrgica. Si, por intentar preservar la posibilidad de lactancia, (cosa que desde luego nunca está garantizada, aún sin operarse), el cirujano recurriera a una técnica " menos agresiva" e insuficiente que no consiga entonces corregir la deformidad, dudo que se lo agradezcáis, y además resolverlo va a ser aún más difícil. **Dejad que el cirujano decida y que haga lo que tenga que hacer.**

4.- Cada cirujano que consulto me da una opinión diferente

Pues es probable. Cada cirujano tiene su propia experiencia y maneja las técnicas que mejor le funcionan. **Mi consejo es que no os operéis hasta que resolváis todas vuestras dudas**, es lógico que pidáis varias opiniones, ¡el vuestro no es un caso sencillo! y aquí, como he comentado más arriba, es crucial el diagnóstico preciso de vuestra patología y que el **cirujano plástico que os opere tenga experiencia** en estos casos. No vale cualquier técnica.

5.- ¿El coste de esta cirugía es mayor que el de un aumento mamario normal?

Es posible, desde luego la **cirugía es más larga,** los costes de clínica y anestesia pueden entonces ser mayores. Es precisa una prótesis anatómica de un **gel de alta cohesividad,** cuyo **coste** es también **superior**. En cuanto al cirujano, os confesaré que, en mi caso y en el de muchos compañeros, somos tan conscientes de lo importante que es para vosotros operaros y del enorme complejo que esto os puede causar, que no incrementamos nuestras tarifas en esta patología, por más que nos ocupe mínimo una hora más.

Y, por último, supongo que **entenderéis por qué no queremos dar tarifas por teléfono ni correo electrónico, ino sabemos qué cirugía necesitáis!** No es comprarse un sofá, es arreglar vuestro pecho. Cada paciente es diferente y necesita una cirugía distinta.

6.Vuestras dudas: mamas tuberosas

El diagnóstico de mamas tuberosas suele hacerlo el cirujano plástico cuando ve a la paciente que simplemente se las veía raras o diferentes, o tal vez, sin más, pequeñas…pero **cada vez más sois las pacientes quienes, preocupadas por ese aspecto raro de vuestro pecho, consultáis en internet y véis qué bien se describe justo vuestro caso.**

Este aumento de información me parece que es muy beneficioso para los cirujanos plásticos porque nos va resultando **más fácil haceros entender que vuestra cirugía es más compleja** que un aumento mamario sin este problema, que será más larga y necesita unas técnicas diferentes, incluyendo esto una selección mucho más precisa del tipo de implante, en un caso donde **se busca algo diferente al simple aumento de talla pues es modificar y corregir una malformación en una mama con unos tejidos constreñidos y de firmeza anormal.**

Pero también os beneficia la información a las pacientes que, conocedoras de que necesitáis una cirugía diferente, no os dejáis (algunas) seducir fácilmente por un precio de oferta y la promesa de una cirugía sencilla donde podréis elegir sin más el volumen de pecho que queráis.

Por eso, **C**uando leo algunos comentarios donde me referís que os van a poner unas prótesis redondas de 300 0 400cc y qué opino yo, me quedo de lo más sorprendida, pues **no se trata en absoluto de qué volumen vamos a poner (de hecho pienso que nunca es ése el planteamiento correcto, pero aquí es nefasto) y aún menos el recurso a los implantes redondos.**

Otras me contáis que habéis consultado en varios sitios y que os plantean cosas muy distintas en cada lado… y en fin otras lamentáis no haber consultado más pues os han puesto unas prótesis redondas bien grandes y proyectadas pero sigue el anillo retráctil y la piel tensa y la forma igual de fea, sólo que ahora es más difícil aún arreglarlas, en una segunda cirugía. **Aquí más que nunca lo barato sale caro**. Si vuestro caso lo percibís como más complejo **consultad y consultad hasta estar seguras de que os opera alguien con suficiente experiencia en el tema,** y una vez lo escojáis, dejaros aconsejar . Repasemos algunos puntos:

1- ¿volumen del implante?

Aquí más que nunca es el criterio menos importante, de lo que **se trata es de corregir la malformación.** Lo que **importa** es el tipo, **la forma del implante**, que debe ser anatómico y con cierta proyección.

Las mamas tuberosas, aparte del anillo o surco retráctil bajo la areola o en el polo inferior (dependerá del tipo o grado de deformidad) tienen todas un polo superior bien desarrollado a expensas de los polos inferiores o laterales que no se han podido expandir, y una base de la mama muy estrecha que debe ampliarse.

Las prótesis redondas tienen una distribución de gel similar en polo superior e inferior, en cambio las anatómicas priorizan la parte inferior, que es justo lo que necesita una mama tubular. Además **el implante anatómico tiene un gel más firme para darle una forma estable y con esta forma** (¡forma de mama, que es de lo que se trata!) **nos ayuda enormemente a remodelar estos senos tuberosos.**

Cuanto mayor proyección tenga el implante más nos ayudará a rellenar y tensar el polo inferior. **Lo que importa entonces son el tipo y las medidas de altura, anchura y proyección del implante, no es el volumen** pues.

Cuando hablo de que no es el volumen en lo que nos centramos no estoy diciendo que sólo se puedan poner prótesis pequeñas, en absoluto, sino que me refiero a que la clave son las medidas y forma de la prótesis, que a veces por cierto si tiene bastante volumen pues son deseables las de alta

proyección. Pero los límites a las dimensiones de la prótesis (que ponéis como siempre las pacientes, es decir, las medidas de vuestro cuerpo y tórax, qué si no) son aquí mayores pues no olvidéis que tenemos unos tejidos con una firmeza extraordinaria, tanto la glándula como la piel, y no los podemos tratar de cualquier manera.

En la cirugía liberamos bridas, abrimos y expandimos glándula, despegamos piel, pero tienen una limitación en cuanto a su posibilidad de ser estiradas. Luego muchas veces, sencillamente, es imposible poner un implante mayor. Estamos corrigiendo una malformación, no lo olvidéis, **el objetivo no es entonces poneros tres tallas más y que se os note de lejos el pecho que tenéis, ¿de acuerdo?**

2.-¿tipo de implante?

Esto queda arriba explicado, siempre **anatómico,** habitualmente de **altura media o baja** y de **proyección elevada.**

3.-¿edad para operarse?

Esto para mis adolescentes tan agobiadas… Hay que **esperar mínimo hasta los 18 años, el cuerpo tiene que completar su desarrollo,** y si aún estáis cambiando y tenéis muchas oscilaciones en el peso y vuestro esquema corporal no del todo ajustado, os recomiendo esperar un poco más. Y, por supuesto, al tratarse de una **cirugía** más **compleja** con un **postoperatorio más lento**, se requiere cierto grado **de madurez emocional**, pues no siempre sale exactamente como pensabais, ya veis que tenemos muchas limitaciones en casos así.

4.- ¿se puede resolver sin cirugía? ¿tal vez mejora con los años?

No y no. **Sólo lo resuelve la cirugía**, y aunque puede cambiar algo con los años y los embarazos y lactancias, el surco submamario alto, el déficit de los polos inferiores o laterales, la herniación de la areola… eso no cambia, aunque muchas veces la ptosis de la mama tras las lactancias o los años puede encubrir la tuberosidad, que se evidenciaría si se trata como un simple aumento dejando ver después el surco o banda constrictiva. El diagnóstico, tan importante, por más que para muchas sólo sea una cuestión de aumentar talla…

5.- ¿me puedo reintervenir si no quedó bien?

Siempre se puede intervenir para intentar corregir, pero hay que dejar claro que puede ser mucho más difícil, dado que tenemos unos tejidos traumatizados y unas cicatrices previas que pueden ser muy limitantes. En cualquier caso hay que **esperar un tiempo suficiente**. Y es muy posible que sea más caro que la primera vez si vais a un segundo cirujano.

Mi **conclusión**, si pensáis o alguien os dice que tenéis una mama tuberosa, es que deberíais
informaos muy bien y consultad hasta estar bien seguras de que se os va a realizar la técnica adecuada y que vuestro cirujano conoce bien el tema y tiene experiencia tratándolas.

Una vez que escojáis un cirujano, dejad que sea él/ella quien os indique tipo de prótesis, dimensiones, técnica a utilizar, cicatrices… y si tenéis perspectivas o deseo de volumen, una vez trasladada vuestra expectativa al cirujano, si éste os dice un volumen u os aclara que ése es el máximo que se os puede poner tendréis que aceptarlo pues en verdad **en estas mamas no se puede poner cualquier volumen** (porque supongo que no querréis aceptar el riesgo de necrosis cutáneas, dehiscencias, seromas de repetición, malposición, extrusión del implante, etc, todas ellas complicaciones de los volúmenes excesivos…).

7.Casos clínicos: mamas tuberosas

Ejemplifico **dos casos en pacientes con mamas tuberosas grado II,** es decir, escaso desarrollo de polos inferointerno e inferoexterno, que configuran una mama con base estrecha, surco muy alto y areola algo ensanchada, sin apenas herniación, que mira hacia abajo.

Ambos casos **se corrigieron con una técnica similar:** vía submamaria, disección de doble plano subglandular y subpectoral. Glandulotomías transversales profundas para **expansión y sección de conchas retráctiles. Implantes anatómicos** de altura baja o media y **proyección** alta que ensanchan la base mamaria y dan relleno y proyección a los polos inferiores deficitarios, en el plano subpectoral.

Es habitual en esta patología un **postoperatorio lento** hasta alcanzar la forma definitiva, que se logra tras varios meses. Son pacientes con tejidos especialmente tensos, glándula y piel, por lo que es normal que tarden en distenderse y alcanzar la forma definitiva.

Es importante que las **pacientes eviten el uso, los primeros meses, de sujetadores con aros o que puedan hacer push-up** pues impedirían la conformación del nuevo surco y polo inferior, y de lo más recomendable que **se apliquen al menos 2 veces al día cremas antiestrías o similares**, dada la intensa tensión en piel.

Esto explica en parte por qué no es nada recomendable forzar con volúmenes muy altos al planificar esta cirugía, pues la poca distensibilidad tisular debe ser siempre un factor a considerar.

La cirugía, aunque **no sea más dolorosa que un aumento normal, sí es más larga,** casi el doble de tiempo más, y resulta del todo crucial no pasar por alto esta patología cuando se planifique, pues si no se hace un tratamiento en la glándula ninguna prótesis por sí misma será capaz de cambiar la forma. Y, **siempre, prótesis anatómicas.**

Caso I. Paciente con **mamas tuberosas**, presentaba **cierta ptosis glandular tras los embarazos.** Corrección con la técnica descrita e implantes anatómicos de baja altura y proyección muy alta.

Caso II. Paciente que **no ha tenido aún embarazos,** por lo que su piel es muy tensa y poco distensible. Implantes anatómicos de altura media y proyección alta.

Para ver las imágenes visita: www.doctoramartinezlara.com/blog/casos-clinicos-mamas-tuberosas/

8.Caso mamas tuberosas grado III

En este grado la **constricción tisular impide** por completo el **desarrollo de polos inferiores, interno y externo, delimitando una cincha alrededor de la areola.** La glándula en su crecimiento sólo puede expandirse por la areola, de forma que ésta se ensancha y se hernia la glándula a su través. Es la típica imagen tubular que da nombre a esta malformación.

Su **corrección es sólo quirúrgica** y reitero, pues tengo muchas preguntas a través de este blog o por otras vías, a propósito de cómo hacer para evitar este tipo de crecimiento anómalo cuando en la adolescencia se empieza a observar, que no depende del tipo de sujetador que se use, no hay modo de evitarlo ni minimizarlo.

Para corregirlo hay que esperar a completar el crecimiento mamario y corporal, y dado que no es una cirugía precisamente simple (no en la mayoría de los casos) necesitamos **cierto grado de madurez también emocional** de la paciente. Tener una **mama tuberosa no afecta** a la función de la mama, como es la **lactancia,** mientras que **la cirugía sí que podría dificultar** o impedir la

lactancia tras ella. No es una patología, por lo que **sólo se corrige para mejorar su aspecto,** para darle un aspecto normal, pero no es imprescindible operar. De hecho, hay muchas mujeres con grados mínimos de mama tuberosa que no tienen ningún problema con la forma de su pecho, no siendo esto sino una forma más de la mama.

Vivimos una época muy perfeccionista y muy obsesionada con el aspecto del seno femenino, pero hay montones de obras de arte y fotografías donde se retrata o reproduce a **modelos que el artista o los espectadores consideraban muy bellas, ellas o sus cuerpos, y tienen diferentes grados de mama tuberosa.**

Es sólo una forma más, y sólo se convierte en una necesidad (psíquica, es decir, de salud psíquica) cuando la desviación de la normalidad es tan grande que ya es una auténtica malformación, difícilmente asumible por las mujeres que la tienen.

Sin más, estas chicas en la consulta nos refieren que tienen el pecho muy raro, que nunca les gustó su forma, que les acompleja mucho porque ninguna de sus amigas lo tiene así, que tienen las areolas muy grandes y muy raras. Es mucho más que un pecho pequeño.

La corrección, que ya he explicado en otros post y en la web, debe **asociar al implante mamario,** siempre anatómico, de altura media o baja y de proyección moderada- alta a alta o muy alta, **diferentes plastias en la glándula y en la areola.**

Hay diferentes técnicas, pero **para un caso como el de este post es imprescindible:**

-**mastopexia periareolar**, para reducir el diámetro de las areolas, corregir su herniación y posicionarlas a una posición adecuada;

- **colgajos glandulares,** como el colgajo de Pukett o alguna técnica de "unfolding" que expanda y despliegue la glándula constreñida por la cincha subareolar, y así la abran y repartan el tejido también a los polos inferiores. En estos casos la glándula debe despegarse ampliamente , por la vía periareolar.

-implante anatómico, en plano subglandular o subpectoral según el grosor del panículo en el polo superior, edad de la paciente, presencia o no de patología (benigna) mamaria.

Estos implantes difícilmente podrán ser muy voluminosos pues los tejidos en estas pacientes son muy tensos, poco distensibles, y no se adaptan bien a volúmenes excesivos (en realidad nunca, pero aquí muchísimo menos).

En este caso la paciente presentaba además una asimetría en ptosis y volumen, pero también torácica por escoliosis. En ella se puso una prótesis de mayor proyección (y entonces mayor volumen) en la mama izquierda y un diseño de mastopexia diferente, pero siempre periareolar. Es evidente también en qué medida **esta paciente tenía complejo por su malformación mamaria, adoptando una postura**

corporal como ocultando su pecho, de forma totalmente inconsciente, del mismo modo que, inconscientemente también, corrigió notablemente su postura a los pocos meses de la cirugía. **El postoperatorio** es siempre **más lento por su mayor complejidad,** aunque no más doloroso. Es imprescindible seguir muy de cerca las instrucciones del cirujano. Para ver las imágenes ir a la dirección: www.doctoramartinezlara.com/blog/caso-mamas-tuberosas-grado-iii/

9.Descripción de mamas tuberosas por una paciente

PREGUNTA:

Desde que los pechos me empezaron a crecer siempre noté que no lo hacían de forma normal. Primero me crecieron por la parte de arriba y con el tiempo se empezaron a desarrollar por los lados. Pensé que pasaría lo mismo con la zona inferior (la cual tengo extremadamente estrecha) y quedé más o menos contenta, aunque muy acomplejada, porque al menos tenían una forma más redondita que al principio.

Ya tengo 18 años, tengo una 90 con copa C y la parte inferior de mis pechos sigue siendo igual de estrecha que antes (no llega a dos dedos). Cada vez que noto que el pecho se dobla más sobre si mismo, supongo que porque una franja tan pequeña y plana es incapaz de soportar el peso del pecho y si voy mucho tiempo sin sujetador incluso me duelen. Tengo casi 5 cm de separación entre las bases de los pechos, mis pezones miden 6cm de diámetro (son más de la mitad de la superficie total del pecho) y están separados 23 cm el uno del otro.

La cuestión es que tengo un complejo enorme de pecho porque hasta mis amigas se sorprenden al verlo (me sorprende inluso a mi cada noche cuando me quito el sujetador) Esto me impide cambiarme en vestidores públicos o ante alguien, hacer topless, ponerme camisetas muy escotadas (porque se me ve el pezón) y me causa muchísima ansiedad al contemplar posibles relaciones sexuales, entre otras cosas.

Nunca había contemplado de forma verosímil la posibilidad de operarme porque no tengo el dinero y en casa se me ha enseñado a conformarme con mi cuerpo. Pero hace poco descubrí que probablemente se trata de la malformación de las mamas tuberosas.

El echo de que sea un problema realmente (no que yo tengo los pechos un poco raros) y que tiene solución (incluso pública) ha echo que mi visión cambie respeto la operación aunque no me guste el tema de los implantes.

¿Cree que es posible que la seguridad social me lo cubra? Si no fuera así ¿cual puede ser el precio aproximado de hacerlo por privado (una media o algo asi)? ¿Es posible una operación sin implantes? Tengo miedo de ir al medico de cabecera y que me mande para casa diciendo que son normales y que no me queje tanto, porque sé que no lo son y lo sé desde que tengo 12 años.

RESPUESTA

Me encanta la descripción que me hace la chica porque yo no lo podría haber explicado mejor: **cómo se va notando el pecho cuando comienzan los cambios puberales,** la inquietud o impaciencia por el crecimiento anómalo o más bien la falta de crecimiento en algunas zonas del pecho, las desproporcionadas dimensiones de las areolas, la gran separación entre ambos senos... en suma la percepción y extrañeza ante un **pecho con una forma muy rara, que acompleja mucho.**

Y todas lo contáis así, a la mayoría **os da muchísima vergüenza enseñarlo**, incluso en mi consulta (como si no estuviera súperacostumbrada a versenos tuberoso), referís que siempre os lo vísteis muy raro, que evitáis cambiaros ante las amigas, que os inhibe en las relaciones íntimas, pues no sabéis que **hay un montón de mujeres que lo tienen así, puesto que todas lo ocultáis.**

Quiero hacer **varios comentarios** a propósito. El primero es insistir, una vez más, en que se trata sólo de una anomalía en la forma mamaria, **sólo es un problema estético**, pues la glándula no tienen ningún problema, su anatomía interna es del todo normal y funciona como tal, **permitiendo una lactancia sin problemas.** Lo único anormal es la forma del pecho.

No es un problema de salud, por ello cuando, como en este comentario en que esta chica refiere al "hecho de que esto es un problema realmente, no sólo que tenga los pechos un poco raros" insisto en que es sólo un problema estético, importante y que acompleja muchísimo, cierto, pero **no es un pecho enfermo o patológico, es que tiene una forma distinta.**

Otra cuestión que **os preocupa** a pacientes y a madres de adolescentes con esta situación es si se puede hacer algo para evitarlo o para minimizarlo cuando veis que empieza a crecer (o no crecer) así, y no, no se puede hacer nada en este sentido, da igual el tipo de sujetador que uséis y no influyen cremas ni masajes.

Lo único que puede funcionar es la cirugía, y para plantearla hay que esperar a que el pecho y el cuerpo completen su desarrollo. Por último, también **me preguntáis mucho si es posible solucionarlo sin implantes**. En algunos casos sería posible mediante injertos de grasa y plastias en los tejidos para liberar y relajar las bandas retráctiles, aunque el resultado estará menos controlado y es menos eficaz que cuando asociamos un implante.

En realidad, **los implantes son imprescindibles en la gran mayoría de los casos, y no cualquier tipo de implante**, pues deben ser anatómicos, de altura baja o media según las proporciones torácicas, de proyección alta y muy cohesivos.

Y, por supuesto, no sólo es poner el implante, en **la cirugía que sabéis es más larga y mucho más compleja que un aumento simple**, hay que corregir también el tamaño areolar, la ptosis si existe y especialmente trabajar la glándula para expandirla y seccionar o liberar cualquier banda constrictiva.

Y en todos los casos se puede hacer algo, por más difícil que sea. Pero **recordad, no es un pecho patológico,** y para nada es una extrañeza o una excepción, los senos tuberosos **son mucho más frecuentes de lo que creeis.**

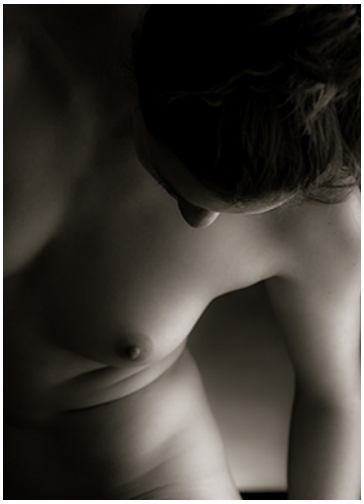
Para ver las imágenes visita: www.doctoramartinezlara.com/blog/descripcion-de-mamas-tuberosas-por-una-paciente/#more-3633

10.Algunos sutiles cambios respecto al aumento mamario

Algo está cambiando, felizmente diría yo, en cuanto a lo que me pedís en la consulta cuando solicitáis una **mamoplastia de aumento**. Veamos. Las pacientes jóvenes, mis veintañeras, **ya no siempre pedís que os ponga los implantes más grandes que yo considere posibles.**

Sí, la mayoría respetáis mi opinión, aceptando los límites en cuanto a medidas del implante que considero no deben superarse (intentáis convencerme, pero si veis que en verdad no me parecen adecuados lo aceptáis).

Bien. Pero aún mejor es que muchas ya no solicitáis un aumento demasiado grande, **pedís algo natural** en verdad, simplemente mejorar el aspecto de vuestros senos, **buscando algo muy armónico y de dimensiones moderadas.** Es genial esto, aunque no creo que volvamos a las medidas que usábamos hace 15-20 años. Es absolutamente cierto que cuando os ponemos implantes de tamaños más moderados la **tasa de reintervenciones** por problemas, especialmente de rotura, **disminuye**



casi proporcionalmente. Recordad que **el pecho es una estructura externa,** no está protegido, y está entonces muy expuesto a traumas en la vida diaria. Y tened en cuenta también que los volúmenes altos estiran más los tejidos de la mama y así **aumentan la incidencia de ptosis o descolgamiento con los años.** Cuanto más grandes más problemas. Y, de verdad, no siempre son más bonitos.

Otro cambio. Cada vez más pedís naturalidad en cuanto al aspecto o forma del senooperado. Me encanta esto. Ya no sois tantas las que solicitáis polos superiores redondeados, con la típica (pero eso es cosa más del pasado, ¿no?) forma de pecho con prótesis.

Queréis que queden con **forma de pecho normal,** como si fuera así de bonito sin haber precisado cirugía. No creo que tenga que explicar, una vez más, las razones por las que **suelo preferir implantes anatómicos.** Sin más, y ésta es la razón más simple, es que son los que tienen forma de seno, y si es la prótesis la que va a dar la forma al seno operado, más vale que sea una con una forma adecuada.

Ya no queréis que se note que estáis operadas, sin más buscáis que **luzca bonito** (o normal, simplemente, que es el anhelo de tantas pacientes con malformaciones mamarias, que tan acomplejadas venís a consultar..), y, si es posible rizar el rizo, **lo ideal es que no se note que es operado,** ¿no os parece que ése debe ser el ideal a buscar?

Por último, y dado que cada vez realizamos más intervenciones para resolver problemas debidos a los implantes, (algunas urgentes y del todo necesarias como las debidas a **rotura de implantes,** pero también correcciones de contracturas capsulares, molestias por tamaños inadecuados…), las pacientes os estáis haciendo más conscientes de que **una cirugía de aumento mamario con implantes supone, antes o después, más cirugías.** Ya sabéis que no existe, ni existirá, ningún implante **que dure toda la vida** (si os lo han dicho, creedme, no es cierto), y la rotura no es la única causa de una reintervención.

De modo que si no queréis en modo alguno volver a pasar por quirófano pensadlo antes. Pues bien, también estamos percibiendo un cambio de actitud entre las pacientes que acuden por algún problema con sus prótesis, y es que **cada vez solicitáis más la opción de retirarlos,** sin recambio, y, de no ser una buena opción (caso de que tengáis muy poca glándula y evaluemos que os va a quedar un pecho que os cueste aceptar), cambiar a implantes más pequeños.

En general, cada vez pedís más **retirada de los implantes,** bien porque **tras una rotura** os habéis alarmado y no queréis que os pase más, bien porque **no deseáis más intervenciones,** bien porque **el tamaño os molesta o no os encaja en vuestra imagen corporal**, o bien porque, aunque bonito, **os dificulta vuestra actividad diaria, caso de algunas muy deportistas.**

Y aquí vuelvo a esos casos en que esas pacientes, que se operaron muy jóvenes y o bien **se pusieron unos implantes muy grandes y años después lamentan su decisión** (y sienten no haberse informado mejor o no haber escuchado el consejo de su cirujano, hay muchas situaciones..), o lo que pasa es que, aunque se hicieron un aumento moderado y del todo adecuado, años más tarde no entienden ni porqué se operaron, o **ha cambiado su concepto respecto a su imagen** y ya no entra aquí el tener implantes. **Hace años no solicitábais tanto que se os retiraran los implantes,** es un hecho. Tal vez porque **las pacientes que se operaban tenían las ideas más claras** y mejor meditadas.

¿Qué queréis que os diga? Lo que os digo en la consulta, no os operéis irreflexivamente, no os dejéis influir por otras personas y menos aún por modas, operaos sólo por vosotras y nunca buscando la aceptación de otros (un aumento mamario mejora muchísimo vuestro cuerpo y vuestra autoestima pero no resuelven ningún problema de relación), escuchad al cirujano cuando os haga una recomendación y, en serio, **buscad la naturalidad y la adecuación** a vuestro cuerpo, **el ideal es un pecho bonito con forma normal,** no un pecho que se note a la legua que está operado, pues puede que, años después, lamentéis vuestra elección y el no haber tenido en cuenta nuestra opinión.

Y, por encima de todo, recordad, **cuanto más grande sea el implante,** (y no estoy diciendo que no se quede bonito, posiblemente quede súperbonito pero…), **más problemas puede causaros en el futuro** y más probabilidades tendréis de tener que reintervenir antes o más veces. **¿Lo vais a pensar y vais a hacernos más caso?**

11.Revisarse los implantes mamarios a los 10 años

No debéis dejar pasar más de 10 años sin haceros una revisión de los implantes mamarios, mejor si es con el cirujano que os operó (eso es siempre lo deseable pues es el que tiene toda la información) pero, de no ser posible o no deseáis volver al mismo, **con otro cirujano plástico bien acreditado,** al que deberíais aportar cuanta información sea posible.

Quisiera dejar claro, en primer lugar, que estoy hablando de una **revisión, en la consulta, y no de una cirugía,** es decir, que no necesariamente os tendréis que reintervenir a los 10 años de poneros las prótesis pero sí debéis revisaros, y aunque lo más **aconsejable es que lo hagáis cada 2-3 años**, en cualquier caso no debéis dejar pasar más de 10 años sin contactar con el cirujano plástico para evaluar el estado de vuestros implantes y, de paso, de vuestro pecho y cómo ha cambiado con los años.

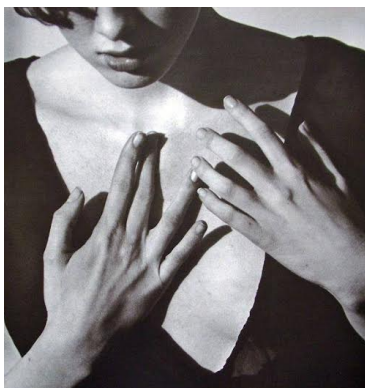
Pues **10 años pueden suponer muchísimos cambios,** y no sólo para los implantes. En estos años podéis haber tenido **embarazos,** cambios de **peso,** o simplemente el **efecto de la edad** sobre vuestro cuerpo.

Tantas veces han cambiado más vuestros senos o vuestro cuerpo que los implantes… cuando os operaron por primera vez la decisión del tipo y características del implante se tomó en base a vuestras medidas corporales y torácicas, estado y morfología de vuestros senos, tipo de piel, incluso hasta vuestro gusto estético o imagen corporal anhelada…. eso habrá cambiado con toda seguridad en estos años, para la mayoría de las pacientes.

Éste puede ser el **momento para evaluar si los implantes siguen siendo los más adecuados para vuestra anatomía, además de verificar si éstos están en buen estado,** pues no hay, ni habrá, ningún implante que dure para siempre, en realidad nada que pongamos en nuestro cuerpo se mantendrá perfecto por los años. Es más, pocas cosas se mantienen perfectas con el paso de los años, ¿creéis que unos implantes dentro de nuestro pecho sí lo iban a estar? Ni aunque estuvieran fabricados de silicona sólida (y no es así, tendrían un tacto horrible…) durarían toda la vida. Pues aún en la consulta lo preguntáis. Es imposible.

Cuando se introduce una prótesis en nuestro cuerpo, éste pasa a generar, en el contexto de una reacción de cuerpo extraño, una envoltura de fibroblastos llamada cápsula, siempre, que rodea la prótesis y la aísla del resto de los tejidos.

Esta cápsula no es para nada un tejido inerte, es **biológica y tiene actividad,** interaccionando con nuestros tejidos y con la envoltura del implante.



La mayoría de las veces será una envoltura fina, aunque consistente, que no se palpa ni deforma el implante, pero **en algunos casos es más gruesa y firme, pudiendo deformar la prótesis** o darle un tacto más duro y un aspecto más redondeado.

O puede **generar un líquido conocido como seroma** (es muy habitual que exista una pequeña cantidad de líquido entre prótesis y cápsula).

O bien **esta interacción puede desgastar,** a ritmos muy variables, **la envoltura del implante,** haciendo que éste, tras traumatismos no siempre importantes, pueda romperse o fisurarse.

La salida de gel de silicona variará en función del grado de cohesividad con que esté fabricado, así como según la causa de la rotura y el grado de fricción o trabajo sobre el pecho.

Pacientes con actividad física importante, si se aúna a implantes de cierto volumen, pueden tener una tasa de rotura más elevada, por esta razón. Vemos que es un proceso multifactorial, y para nada predecible en su tiempo o ritmo, por lo que ni los laboratorios que fabrican estas prótesis **ni los cirujanos nos podemos pronunciar respecto a cuánto puede durar un implante.**

No lo podemos saber. Lo único que sabemos es que, una vez dentro del cuerpo, la interacción con él y nuestros tejidos lo va a ir debilitando, y tarde o temprano se podría romper, siendo mayor esta posibilidad cuanto más años pasen. **Pero no hay ninguna "obsolescencia programada", es decir, no están programados para romperse a los 10 años, en absoluto,** ¿de acuerdo?.

Actualmente los implantes que usamos son de 5ª -6ª generación, atrás quedaron esos geles líquidos o de muy baja cohesividad, así como esos implantes de cubiertas finas, de 1-2 capas. **Ahora tienen cubiertas multicapas, resistentes y fabricadas para evitar filtraciones, y su contenido es un gel de silicona de alta o muy alta cohesividad.**

Y aún así se pueden romper, en algún momento, y seguimos sin poder deciros un tiempo ni mucho menos garantizaros que no se vayan a romper. Porque **los introducimos dentro del cuerpo y allí dentro perdemos el control de los procesos de interacción.**

No podemos controlar la reacción de los tejidos. Y a esto le sumaremos el desgaste por la fricción o traumas repetidos por nuestra normal actividad física, los movimientos y las contracciones musculares, nos movemos, nuestro pecho no está en reposo, ni tan protegidos los implantes, no somos estatuas. Y las prótesis se desgastan, lógico. **¿A cuántos años consideramos muchos para una prótesis?** Pues depende, como véis, de muchísimas cosas.

Desde luego **por debajo de los 8 años nos parece que es una rotura prematura, y aún así no imposible,** y no tiene por qué deberse ni a defectos de fabricación ni a una mala técnica del cirujano, **pero no es nada frecuente** (tal vez un 1,5-2% de las roturas estén por debajo de este periodo), y la tasa va aumentando desde ahí, de forma que, **en torno a los 10 años, tal vez un 15% de los implantes de buena calidad** (cifras de la ISAPS o sociedad internacional de cirugía plástica y estética) **puedan estar rotos.**

Pero la variabilidad es enorme, no es lo mismo si se trata de implantes poco cohesivos o de envolturas finas que los actuales anatómicos de gel de alta cohesividad y envolturas multiplanares, no es igual la vía de abordaje utilizada y desde luego los volúmenes o dimensiones que se manejen. No lo sabemos, pero como sabemos que a partir de ahí la incidencia aumenta, hay que ser serios (sobre todo las pacientes, ¡tenéis que haceros revisiones!) y exploraros esas prótesis, sin esperar a que den clínica.

Creo que en parte esa idea de que un implante "sea para toda la vida" viene del hecho de que muchos laboratorios, por presiones del mercado, ofrezcan el reemplazo sin coste de un implante similar al roto, incluso durante más de 10 años (ojo, sólo proporcionan otro implante nuevo, no cubren lo demás), y eso ha podido dejar la lectura equivocada de una garantía de por vida. Otras veces son clínicas poco serias las que lo afirman junto a engañosas ofertas para captar clientas mal informadas.

También he leído en textos bien poco científicos que las prótesis "nuevas", refiriéndose a las anatómicas, las de última generación, no se rompen. No es verdad, se pueden romper, tan sólo es menos clara la clínica pues no se deforman ni cambia el tacto, y así sólo se perciben si alguna mínima fuga de gel genera una adenopatía.

Pero el interés de la revisión antes de los 10 años es porque algunos fabricantes y también algunos seguros incluyen en su garantía riesgos tales como la contractura capsular, y si se supera esa fecha ya no la cubrirían, de forma que el recambio ya sería más caro.

Por otra parte, el recambio de un implante roto es mucho más simple si es una rotura reciente, intracapsular, con mínimos cambios en la cápsula, frente a cuando es una rotura extracapsular, o ante importantes salidas de gel en la cápsula o importantes cambios inflamatorios.

Por eso hay que hacerse exploraciones, que consisten, además de la exploración clínica, en **un estudio ecográfico** que, de no ser claro en sus resultados, habría que **complementar** (serias sospechas de rotura pero con ecografía dudosa) con una **resonancia.** En esta exploración, además de evaluar el estado de las prótesis, se valorará también el **aspecto del pecho y los cambios desde la primera cirugía.**

Muy probablemente el pecho ha podido ir cayendo, lo normal con los años y más tras embarazos o cambios de peso, o bien el cuerpo de la paciente ha cambiado y ese volumen o ese modelo de prótesis ya no es el idóneo. Puede ser por tanto un buen momento para, si las prótesis ya no están en muy buen estado, plantear una cirugía donde, además del recambio por otras nuevas, recurramos a implantes de última generación, más estables, y casi siempre de otras dimensiones y forma, probablemente unos **anatómicos,** de **mejor tacto y forma más natural, y más acordes a nuestra actual anatomía.**

Si tanto nos preocupaba la armonía en el momento de la primera cirugía, es probable que siga siendo así para muchas años después. Debéis consultar también por la **posibilidad de alguna técnica asociada de mastopexia o cualquier avance técnico que mejore aún más el resultado.** Aprovechad los avances en técnicas y en implantes, pues. Tendréis entonces implantes nuevos y un pecho más armónico con vuestro cuerpo actual.

A modo de **conclusión**, pues, varias ideas:

– **No es imprescindible cambiarse los implantes a los 10 años, no necesariamente, a menos que éstos estén rotos.** Si éstos no están rotos, sólo se os recomendará una nueva cirugía si los cambios en el pecho o en vuestro cuerpo así lo justifican, con la idea entonces de mejorar la estética, pues todo puede haber cambiado mucho con los años.

– **No dejéis pasar más de 10 años sin haceros una revisión con el cirujano plástico**, aunque no tengáis clínica, aunque las revisiones con el ginecólogo estén bien (recordad que el ginecólogo explora la patología de la glándula mamaria, no las prótesis ni los cambios estéticos o de la forma).

Con los implantes de gel cohesivo es fácil que parezcan perfectos pues no se deforman y apenas sale gel tras una rotura, y sin embargo pueden estar rotos, dato que sólo nos da una buena ecografía.

–**Una rotura intracapsular no es nunca una urgencia**, podéis aplazarla hasta encontrar un buen momento, pero **es sólo cuestión de tiempo que se haga extracapsular.** No lo dejéis mucho tiempo entonces.

– **Ningún implante dura para siempre en buenas condiciones,** ni el mejor de todos, todos se pueden romper y no es ni por un defecto de fabricación ni de la técnica quirúrgica.

– Por último, **si en la revisión se os informa de que los implantes están bien** y, si no deseáis haceros nada (bien porque el pecho apenas ha cambiado, las hay así de afortunadas, bien porque a pesar de los cambios no vuestro deseo o prioridad mejorar su aspecto), no es necesario que os los cambiéis, al menos no entonces. Lo que

debéis hacer es haceros en adelante las **revisiones con más frecuencia** , idealmente ya anuales, con ecografía, y sólo os operaríais si aparecen signos claros de rotura. **No se aconsejan, no con los implantes actuales, cambios preventivos si está todo bien.**

– **Conservad las etiquetas o pegatinas de las prótesis** (¡como mínimo eso!) **y los informes de vuestras cirugías,** imprescindibles si no es el cirujano que os intervino quien os hace la revisión. Si no las tenéis, pedidlas, creedme, a los cirujanos no nos importa en absoluto que nos pidáis una copia si no las tenéis o las perdisteis, es normal que queráis tenerlas, no nos va a incomodar que nos las solicitéis.

12.Duda: Hacerme un aumento mamario y temer quedarme corta o pasarme

R. escribe: ***Dra. le agradecería que me ayude. No tengo nada de pecho y tengo programada una cirugía en dos semanas, pero tengo mucho miedo al no tener nada de pecho. No quiero quedar tetona del tirón. Tengo 1,54 de altura. El cirujano me ha dicho que tengo una mama ancha y me aconseja una de 345 cc. Mi pregunta es si usted cree que estará bien para alguien que no tiene nada. Peso 58 kg y mido de caderas 104, tengo dos hijos. Me gustaría una de 325 cc al mismo tiempo tengo miedo de quedarme corta. Ayúdeme por favor***

He aquí una de esas "preguntas del millón"… Es muy habitual, tenéis miedo de quedaros cortas pero también os preocupa pasaros. **La primera idea** que quiero trasmitiros (más bien repetiros, pues no ceso de insistir en lo mismo) es que no es el volumen, los cc del implante **lo que importa,** sino el tipo de implante y sus medidas. **Es la forma y las proporciones lo que define un pecho bonito, que no tiene que ser forzosamente pequeño ni grande,** con cualquier volumen puede ser bonito, pero el implante debe ser proporcionado y corregir los déficits de volumen de la mama, es decir, que **la forma del pecho y del tórax son determinantes para decidir las características de la prótesis.**

Y esto no significa que deba ser pequeño, incluso habrá veces en que haya que insistir en un implante mayor de lo que la paciente tenía en mente, pero también es cierto que **vuestra solicitud de tamaños grandes dificulta una corrección adecuada,** cuando no nos crea problemas adicionales. No siempre podremos realizar un aumento importante, o al menos no sin **riesgos.**

Ya sabéis, aparición de **estrías, malposición, palpación del implante, ripling,** más facilidad para que se desplace o más exposición con más incidencia de roturas. No es ninguna tontería, por eso **debéis hacernos caso** (y no protestar luego):

si no podemos poner un implante tan grande como os gustaría (poner se puede poner, me refiero a ponerlos sin mayores riesgos) y os lo explicamos, y así lo aceptáis, por favor **ahorradnos las quejas en el postoperatorio** porque las queríais más grandes, pues os lo hemos explicado, no hemos hecho lo que nos ha dado la gana, y vosotras conocíais nuestras razones y las habíais aceptado… hay que ser maduras y consecuentes, no tratamos con mármol sino con tejidos vivos.

Tras esta reflexión paso a **contestar el comentario.** Mi respuesta es que no me hace ninguna referencia a las medidas de su tórax ni de la mama. No menciona qué tipo de prótesis le han aconsejado, ¿redonda, anatómica? pues varía mucho la percepción del volumen y sobre todo la forma, como también varía mucho según la proyección del implante y, en caso de anatómicos, si son implantes cortos, de media altura o altos.

No son los cc los que definen el resultado. La cuestión es, si tiene un tórax ancho, si le van a poner una prótesis de base ancha, que sería imprescindible, y a partir de ahí, en función de la forma del tórax y de la mama, y también de la forma deseada, **jugar con las proyecciones de la prótesis.**

Es decir, el dato del volumen no me aporta mucha información. Por otro lado, cuando me plantea si sería mejor **una prótesis de 20 cc menos, le diría que esa diferencia en esos volúmenes realmente no se nota, mínimo sería a partir de 50 cc** que pueda cambiar algo…

Yo le pregunto si ha tenido la posibilidad de probarse con algún tipo de prótesis para pruebas a fin de hacerse una idea de si es eso lo que desea, de entre lo que le ha recomendado su cirujano.En realidad, tal y como os contesto siempre, **bien poco puedo opinar sin veros, yo necesito exploraros, mediros, ver vuestra actitud o postura corporal, ver cómo vestís y os movéis, y por supuesto preguntaros qué deseáis,** cómo os gustaría veros. Hay tantos tipos de prótesis en el mercado en estos momentos que podemos permitirnos el lujo de escoger la que mejor se adapta a cada caso, no quedarnos sólo con los cc…

Otra puntualización es cuando delegáis en el cirujano la decisión: **no las queréis grandes sino algo proporcionado,** "natural" pero "ya que os operáis no queréis quedaros cortas". **El cirujano os hará una recomendación tras exploraros y hablar con vosotras, pero sois vosotras las que debéis tomar la decisión entre algo moderado-proporcionado-natural** o algo no tan moderado aunque no sea ni tan proporcionado ni tan natural…

Nosotros recomendamos y damos nuestra opinión, no basada en gustos personales sino fundamentada en los datos obtenidos al exploraros, pero la última decisión debe ser sólo vuestra, como es lógico.

Nosotros intentamos siempre ajustar o aproximar al máximo nuestra recomendación y vuestros deseos, al menos yo lo intento cuanto puedo, pero el problema es cuando no queréis tomar esa decisión o cuando aceptáis la nuestra aunque no sea lo que os gustaría (se supone que aquí es porque el cirujano considera que sería un error lo que pedís y no se puede salvo arriesgándose a problemas a corto o medio plazo).

No os operéis nunca hasta tener todo bien claro, y por favor escuchadnos bien y entended bien nuestros argumentos, y respetadlos sin machacarnos luego (y sin machacaros a vosotras mismas, especialmente, si no se puede no se puede, o si habéis tomado una decisión, asumidla).

En la práctica todos los cirujanos plásticos estamos haciendo aumentos con implantes cada vez mayores, y no es que hayan cambiado los cuerpos sino nuestros ideales de belleza. **Yo con frecuencia me siento forzada a poner prótesis de dimensiones un poco mayores, justo o bordeando el límite de lo que os corresponde, porque me presionáis y estoy convencida de que si no tendré una paciente frustrada o descontenta,** así que, procurando no exceder esos límites que me marcan vuestros tejidos o las dimensiones de vuestro tórax, intento llegar a ese óptimo de opinión del cirujano-deseo de la paciente.

Y así estamos todos los cirujanos, al menos en estas latitudes… Pero es cierto que entre **las pacientes que operábamos hace 15 años, usando prótesis más pequeñas, tenemos un índice de reintervenciones,** para **recambio** por diferentes razones, mucho **menor** que entre las operadas estos últimos años. **Una prótesis más pequeña y ajustada a las dimensiones en las pacientes, queda mejor rodeada o cubierta de glándula** (y al estar menos expuesta se rompe menos), **distiende menos los tejidos** (y por ello la mama cae menos con los años y hay menos intervenciones por ptosis), **se adapta mejor a los cambios del cuerpo y de las pacientes.**

Pensadlo bien, **todas las prótesis habrá que recambiarlas en algún momento** (no existe ni existirá una prótesis que dure toda la vida en buenas condiciones), y **cuanto más grandes sean los implantes menos tiempo estarán bien,** sea la mama cuyos tejidos se deterioran más cuanto más los estire el implante, sea el implante que al estar más expuesto se romperá más fácilmente (recordad que la mayoría de las veces se rompen por contusiones, los implantes dentro del cuerpo pueden ver deteriorada su superficie por la interacción con nuestros tejidos, haciéndolos más frágiles).

Pero siempre, la última decisión deberá ser vuestra. Informaos bien, entended bien todo, y asumid las decisiones tomadas. Pero tranquilas que **en la práctica no es tan difícil, tan sólo se necesita tener bien pensado y claro lo que deseáis y una buena comunicación con vuestro cirujano,** ¡imprescindible!

13.Casos clínicos de Mummy Makeover

Aquí ilustraré con **dos casos clínicos** cómo podemos, **en una sola sesión, reparar los estragos de los embarazos,** interviniendo en **pecho y abdomen,** que son las áreas que más acusan los cambios.

Es obvio que hay que tener claro que no se desean más embarazos, pues especialmente en abdomen los resultados se malograrían del todo. Se trata de una **cirugía larga,** con un **postoperatorio** de casi un **mes,** por lo que hay que buscar unas fechas tranquilas en que podáis tener suficiente ayuda y en las que por supuesto no podréis estar en el ritmo habitual de una madre con hijos pequeños.

Es claro que es una **falacia** la idea de que podemos **quedar tras los embarazos igual que antes de tenerlos.** Es imposible. Siempre dejan su huella, aunque obviamente siempre compensa tener hijos por más que nuestro cuerpo no vuelva a ser el mismo.

Yo soy partidaria de que **hay que cuidarse ya desde el embarazo,** intentando coger el mínimo peso posible, y mantener cuanta actividad física sea posible, en función de cómo vaya evolucionando la gestación.

Y, **tras el parto, retomar el ejercicio** en cuanto nos lo permita nuestro ginecólogo, así como asociar una **buena alimentación** para perder el exceso de peso cuanto antes. Yo recomiendo siempre combinar, en cuanto al ejercicio, los aeróbicos tipo **running o ciclismo** con los que recuperan nuestros abdominales y nuestra columna como el **pilates.**

Hay que encontrar un rato al día, aunque sea para hacer una tabla en casa, y en cuanto a la dieta sé por experiencia que cuidando un bebé lo difícil es hasta comer en condiciones, por los horarios que nos marcan.

Me estoy refiriendo a que **no debemos olvidarnos tanto de nosotras por más que nos absorba el cuidado de los niños,** está claro que no pretendemos desfilar como algunas celebrities en una alfombra roja a los pocos meses , pero no creo que a ninguna mujer nos dé igual el aspecto de nuestro cuerpo una vez medio criados nuestros bebés.

Hay mujeres que consiguen recuperar muy bien su barriga, o a algunas apenas se les estropea el pecho, algunas apenas si cogen peso, **así que la situación puede ir desde mínimas relajaciones abdominales y una leve reducción del volumen mamario, hasta notables diástasis de los músculos abdominales con mayor o menor flaccidez, junto a ptosis mamarias que en verdad acomplejan** y que no tienen modo de mejorar salvo con cirugía.

Y aquí entra la **"cirugía plástica del embarazo"** o el "mummy makeover", para corregir lo que no alcanza la dieta o el ejercicio. Un abdomen fláccido, o péndulo, o una diástasis de rectos sólo se arregla con una abdominoplastia, y la única alternativa a ésta es no hacerse nada, pues **una liposucción simple aquí no sirve para nada.**

Y en cuanto a la ptosis o caída mamaria, a menos que hagamos una **elevación** o pexia no se resolverá, salgo casos de ptosis muy discretas, con mínimo descenso de las areolas, en que sólo con un implante mejoraremos notablemente.

Se trata de **ofrecer una cirugía que resuelva lo máximo posible, idealmente en una sola sesión, siempre que las condiciones físicas de la paciente lo permitan** (sabemos que tenéis niños y estáis preocupadas, por lo que nunca forzaremos las cirugías, sólo haremos lo que consideremos sea seguro).

De forma que, si podemos hacer en un mismo tiempo el pecho y el abdomen, trataremos ambas cosas, haciendo cuanto haga falta (prótesis, mastopexia, reducción del tejido mamario, liposucción en costados y abdomen, elevación del pubis, abdominoplastia..) para corregir cuanto

podamos. Es una **cirugía larga, de 5-6 horas,** con una estancia **en clínica de 1-2 días,** pero llevaréis un solo postoperatorio, y esto es importante pues teniendo hijos más o menos pequeños es algo difícil poder hacer **reposo 2-3 semanas** y delegar en otros su cuidado.

Así que una sola cirugía para corregir todo lo que podamos, en la medida de que sea una cirugía segura para vosotras (y aquí la preparación preanestésica es crucial) y un solo postoperatorio. **Esta cirugía os cambiará el cuerpo como ninguna otra, espectacularmente.**

Incluyo aquí dos casos, bien diferentes, de mummy makeover:

El **caso 1** corresponde a una paciente con **mamas tuberosas y ptósicas,** asociada a un **abdomen con una importantísima debilidad de la pared muscular** debido a una gran diástasis de los rectos, casi una eventración, que le impedía hacer cualquier tipo de ejercicio físico.

Se realizó, en el pecho, la corrección de sus mamas tuberosas con disección y expansión de la glándula constreñida, asociando un **implante anatómico corto o de altura baja y proyección moderada** que expandiera la base mamaria así como una mastopexia **(mastopexia de aumento)** con cicatrices periareolar y vertical.

En abdomen se realizó **liposucción en costados** y crestas ilíacas, reparación de la pared mediante una cuidada plicatura de la aponeurosis de los rectos y una dermolipectomía con trasposición umbilical. Se corrigió también la ptosis en ingles y pubis.

El **caso 2** una **paciente con ptosis e hipertrofia mamaria moderada y un abdomen con discreta diástasis de rectos y moderada flaccidez,** con depósitos de grasa en abdomen superior y costados.

Se le realizó una **reducción mamaria** con técnica de cicatriz vertical, una **abdominoplastia** (a paciente no tenía tanto exceso de piel en abdomen por lo que, a fin de permitir una cicatriz resultante en una posición baja, fácilmente ocultable con la lencería, se asoció una pequeña cicatriz vertical en la zona donde originalmente estaba el ombligo) y **liposucción** en abdomen superior, costados, flancos y crestas ilíacas.

14.Duda: Deseo retirarme los implantes mamarios

"Me opere hace poco de aumento mamario pero deseo retirarme los implantes mamarios"

Quiero explicar un poco al respecto del cada vez mayor número de consultas y comentarios a este blog con relación a la posibilidad y momento de retirarse los implantes pues al poco de operaros os disgustan o no os sentís cómodas, no los queréis más.

Me comentáis que os habéis puesto un tamaño muy grande y no os identificáis con ese pecho, o bien que tenéis muchas molestias desde que os operasteis y os habéis agobiado pensando en las posibles complicaciones y problemas que os pueden dar los implantes y os arrepentís de haberos operado.

Otras ni siquiera os habéis puesto un tamaño muy grande y no estáis teniendo mala evolución pero, sin más, **os dais cuenta de que no queréis ese cambio en vuestro cuerpo o sentís los implantes como algo extraño que no llegáis a integrar.** Y entonces solicitáis a vuestro cirujano que os los retire, o bien consultáis cuál es el mejor momento, si debéis esperar unos meses o todo lo contrario. Y es difícil responderos.

Lo cierto es que es mucho más frecuente lo contrario, que **una vez que os bajó la inflamación y os habéis habituado al cambio, muchas hubiérais deseado que se os hubiera puesto un implante mayor al haberos acostumbrado,** mientras estaba inflamado, a más pecho.

Esa es la razón por la que yo os mido y os pruebo, en dos ocasiones antes de operaros, y os pongo lo que ambas hemos decidido en la consulta. Y, aunque os aconsejo y os indico qué tipo, dimensiones y volumen al fin del implante que os corresponde por vuestras medidas y

características de la mama y la piel, si aún así deseáis otra cosa, siempre que no sea una barbaridad y no me parezca que será un problema o algo fuera de medidas, os lo acepto, es decir, yo aconsejo, propongo pero no impongo.

Si después no os agrada el volumen no es entonces mi responsabilidad, pues la última decisión siempre os la dejo a vosotras.Tranquilas, **si me pedís que yo decida, decidiré sin problema, pero siempre tras hablarlo largamente con vosotras.**

Pero es cierto que a veces acudís a operaros de forma algo irreflexiva, en un arrebato, bien porque habéis visto a una amiga, o porque vuestra pareja os lo ha sugerido (por suerte, esta situación ya la veo cada vez menos!!), o porque habéis pasado por una mala época o pérdida emocional y estáis de bajón con vuestro cuerpo y pensáis que si os hacéis algo os sentiréis mejor (en fin, **yo prefiero que estas decisiones se mediten un poco más, y que remontéis un poco antes en vuestra estima personal).**

No es un paso a dar sin pensarlo, pues os estáis poniendo unos implantes que tendréis que integrar en vuestro esquema corporal, vuestro pecho va a cambiar, en aspecto pero también en su tacto y en cómo lo sintáis.

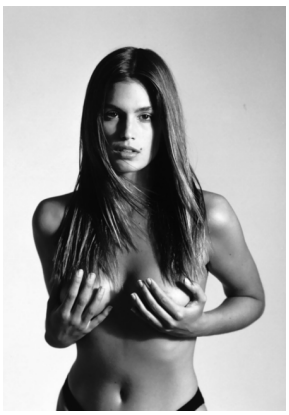
Y **esos implantes hay que revisarlos en el tiempo, y en su momento cambiarlos (cuando les pase algo, pero recordad que no existe, ni existirá, un implante que dure en condiciones toda la vida).** Hay que tener bien claro que queréis modificar vuestro pecho y asumir que os estáis poniendo una prótesis dentro de vuestro pecho.

Esto es así para la mayoría de las pacientes que solicitan esta cirugía, tienen muy claro lo que desean, desde hace tiempo, y en qué consiste. Pero tal parece que a veces no estaba tan pensado. Es más **habitual** otra situación, y es que t**ras varios años con vuestras prótesis, deseéis retirároslas,** por varias razones.

Unas veces es porque con los años ha cambiado vuestro cuerpo, tal vez **habéis cogido peso y ahora os veis el pecho muy grande,** por lo que consultáis por la posibilidad de retiraros el implante al no necesitar ya ese volumen.

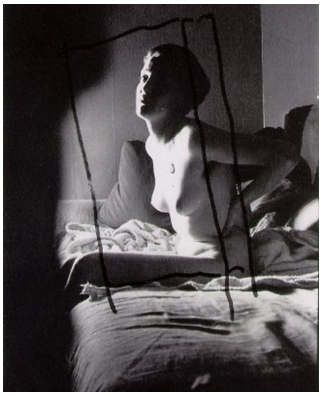
Otras veces lo que **cambia** es **vuestro esquema corporal**, ya no os veis bien con un pecho grande o sin más no queréis tener ningún elemento extraño y no os compensa, aunque os veáis el pecho bonito.

Y otras veces la razón es que tenéis algún problema con los implantes, como una contractura capsular o más habitualmente una rotura por el desgaste del implante con los años y decidís que no queréis tener que volver a pasar por quirófano para revisaros o cambiaros los implantes.



Esto está pasando cada vez más, en parte porque, claro, cada vez hay más mujeres operadas y en parte porque vamos poniendo (porque nos lo pedís) volúmenes cada vez mayores que dan más problemas que los tamaños más pequeños que se usaban hace una o dos décadas.

Así que la consulta para solicitar retirar los implantes va siendo más habitual. **Pero quería hablar de qué pasa cuando lleváis unas semanas o pocos meses operadas y decidís que no queréis los implantes,** que no os gusta vuestro pecho aumentado de tamaño, o sentís la prótesis como un cuerpo extraño, o tenéis tantas molestias que no queréis seguir con ellas, tal vez porque pensáis que os pueden dar más problemas en el futuro y os arrepentís. Supongo que **se trata de pacientes que tenían un pecho bonito aunque pequeño, pero con un aspecto normal y que han tomado la decisión de forma algo irreflexiva o con poca información previa.**



No creo que esto ocurra cuando sean pacientes con mamas tuberosas, que suelen estar acomplejadas por su forma anormal y llevan desde la adolescencia preocupadas y deseando arreglarlas.

Ni tampoco pienso que sea el caso de pacientes con importante atrofia mamaria, que también suelen estar muy motivadas y decididas desde mucho tiempo atrás. También integran y aceptan muy bien sus implantes las mujeres que han tenido pechos bonitos pero se les han vaciado o atrofiado tras las lactancias o pérdidas de peso, pues no consiguen aceptar que su pecho no sea el que tenían antes.

El problema estaría entonces en mujeres con pechos bonitos y normales que optan por realzarlos y solicitan esta cirugía buscando aumentar su talla.

Y también entiendo perfectamente a estas pacientes, de hecho una cirugía bien planificada puede lograr que sus senos luzcan aún más bonitos y hacerlas muy felices y satisfechas de su cuerpo, pero siempre hay que pensarlo bien e informarse mejor, no operarse sin más porque la vuelta atrás no siempre está tan clara, sobre todo si se ha optado en casos así por volúmenes importantes.

¿Cuánto tiempo debéis esperar si estáis recién operadas y no queréis tener los implantes? ¿Se quedará el pecho como antes? Es muy difícil aconsejaros aquí, pero os apunto varias **reflexiones:**

-Por una parte, **cuanto más tiempo pase más se distiende la glándula y la piel y más difícil puede resultar que vuelvan a su aspecto original.** La recuperación del pecho será mejor si tenéis suficiente glándula (no así si el pecho era muy pequeño y se ha distendido mucho) y sobre todo si no os pusisteis una prótesis muy grande, simplemente porque distienden más. También influye mucho la calidad y elasticidad de vuestra piel.

-Por otro lado, **depende del tipo de cirugía que os realizarais.** No es lo mismo un aumento mamario simple que si se asoció una mastopexia, pues en ese caso retirar el implante supone revisar o rehacer la pexia, ya que en esta cirugía la excisión de piel se adapta al volumen que tengamos.

-Y tendríais que **tomaros un tiempo para pensarlo bien,** pues toda vez que la decisión de la cirugía puede que no fuera tan meditada, no deberíais tomar otra determinación más a la ligera. Esperad un poco, varias semanas, al menos hasta que baje la inflamación y comencéis a veros la forma, pues puede haber mucho cambio de cómo os veis al principio, creedme.

Consultad con vuestro cirujano si piensa que ya dejó de estar inflamado el pecho y si ya tenéis la forma y volumen definitivo. **Preguntad** bien vuestras dudas respecto a vuestra evolución y a cómo cuidaros o qué pueda pasar en el futuro, pues el que os notéis el pecho duro, dolorido o contracturado las primeras semanas no significa que vaya a mantenerse así, en absoluto.

A veces sin más tenéis una evolución más lenta o complicada, con lo que vuestro cirujano debe explicaros bien por qué vais así y cuánto tiempo pueda durar. **Esperad** entonces, como mínimo hasta tener claro cómo se os quedó el pecho y cómo lo sentís o cómo os sentís con él. ¿Cuánto tiempo para esto?

Depende, **de uno a tres meses,** según, a veces quizás más, dependerá del caso. **Si os parece que los cirujanos seamos reacios a hacerlo es porque nos da miedo que sea un paso irreflexivo y entréis en una mala dinámica en cuanto a la aceptación de vuestro cuerpo.** No es daros largas.

Es fácil entender que, por un pronto o mal aconsejadas por vuestro entorno, os arrepintáis si os pusisteis un tamaño demasiado grande y resulta que no os sentís bien así (por eso hay que hacer caso de nuestras recomendaciones y probaros y preguntar lo necesario antes de dar el paso), pero es más complicado cuando os habéis puesto un volumen discreto, como para aumentar una talla (una copa de sujetador,

en realidad, ya sabéis) y resulta que descubrís en el postoperatorio que en realidad no queréis tener el pecho más grande, o al menos no con una prótesis. **Resumiendo** entonces, **sí, por supuesto que os podéis quitar los implantes si tenéis claro que no los queréis,** bien porque no queráis tener una prótesis, bien porque os molesta mucho, bien porque en verdad no os gusta vuestro pecho con más tamaño, pero como creo que la mayoría de las veces es por las 2 primeras razones, **os insisto,** nuevamente y mil veces, **en que os informéis muy bien antes, de todo,** de cómo es el postoperatorio, de cómo evolucionan los implantes y qué problemas puedan surgir, de cómo se os quedará al operaros y, claro, **decidid muy bien y de forma detenida si en verdad queréis haceros esta cirugía,** por qué, para qué, incluso para quién (por favor, **isólo para vosotras!),** no entréis en quirófano a la ligera ni de cualquier forma, ¿de acuerdo?.

Y si os habéis operado, y tras la evolución inicial, una vez que os veis el tamaño y forma definitiva y resueltas las incomodidades (mayores o menores) de las primeras semanas, es decir, con conocimiento pleno de cómo quedó, decidís o tenéis del todo claro que no queréis seguir con los implantes, entonces (sólo entonces) **hacedlo cuanto antes, pues a más tiempo más distensión.** Y ese momento, pues, lo habréis de decidir vosotras junto con vuestro cirujano, aunque espero que este post, y como es siempre mi intención, os sea de ayuda.

15.Casos clínicos: mastopexia de aumento

Como refleja su nombre, consiste en la **asociación de una elevación mamaria o mastopexia y el aumento del volumen mediante un implante.** El **objetivo** de esta cirugía es **corregir pechos caídos y vacíos,** es decir, mamas ptósicas y con poco volumen. De entre todos los casos de cirugía mamaria, éste es el muestra peor calidad de los tejidos, pues tenemos mamas de poco volumen (actual, pero en otros momentos, sea embarazos y lactancias, sea épocas con mayor peso) y a pesar de eso caídas.

Hay casos de mamas ptósicas que se pueden resolver sólo con una mastopexia, y otros con ptosis mínimas que sólo con un implante, sin ningún tipo de pexia, se pueden corregir o mejorar, pero cuando el pecho está muy caído (el límite a partir del cual hay que hacer pexia, es decir, quitar piel para subir la areola o estrechar la mama, es cuando el pezón queda a la altura del surco submamario en adelante).

Si el grado de descenso de la areola-pezón no es tan acusado hay que discutir despacio con la paciente si hacemos o no algún tipo de pexia o si se conforma con un pecho más lleno aunque bajo, pero siempre que el grado de ptosis no supere el límite referido, pues ahí sería un error no hacer una mastopexia.

En cuanto a la necesidad o no de asociar implantes no siempre está clara, a veces es evidente la falta de volumen, de forma que si no contamos con tejido mamario suficiente como para conformar el pecho con un aspecto bonito, aunque pequeño, entonces habrá que incrementar volumen con una prótesis.

También se decidirá en función del deseo de la paciente, pues ante casos similares algunas optarán por sólo elevar y recoger sin implantes, mientras que otras desean un volumen mayor al que tienen, buscando el que tenían antes de que el pecho se les vaciara así. Aunque **no es el objeto de este post discutir esta cirugía, sí quiero insistir, una vez más, en que no es nada recomendable poner implantes grandes,** pues tenemos a pacientes con una piel malísima y poco elástica, que cederá empeorando sus características previas con una prótesis voluminosa o pesada, cayendo fácilmente, glándula y/o implante. **A más tamaño de la prótesis, más facilidad para descolgarse,** así que deberéis conformaros con un tamaño menor si no queréis pasar de nuevo por quirófano, en poco tiempo.

Y respecto a las **cicatrices,** esto dependerá del grado y tipo de ptosis, así como de la flaccidez o exceso tisular. La mastopexia periareolar puede funcionar en casos de ptosis mínima y sobre todo si es la areola y no la glándula lo que esté descolgado. **Si es la glándula o la areola debe subir más de 2 centímetros habrá que asociar cicatriz periareolar y vertical de areola al surco.** En realidad estas son las cicatrices habituales en la mayoría de los casos, y en los que adjunto se ha realizado esta técnica en los 4. Sólo se agregará una **cicatriz horizontal en casos de ptosis severa** o con un importante

excedente tisular. Es **habitual** en casos de **importante ptosis glandular realizar una reducción o resección de tejido en el polo inferior,** de forma que el resultado sea más estable al limitar el peso de la glándula.

De forma que en estos casos haremos reducción, elevación y aumento. Entretenido sí, y también una **cirugía que nos encanta por su creatividad y exigencia.**

Os insisto siempre en esto, pero **esta cirugía en particular es una de las que es más importante que os dejéis aconsejar por el cirujano,** y además deberéis estar muy atentas a lo que os expliquemos (y no siempre lo estáis, me consta…), no vengáis con una idea predeterminada de volumen y todo muy alto y sin cicatrices, ni se puede poner mucho volumen (**conformaros con aumentar una talla,** dos tallas sería un error, no porque no me guste sino porque no os va a durar nada el resultado, lo siento pero es así), **ni podemos remodelar bien un pecho caído sin dejar cicatrices, ni, en último lugar, está en nuestras manos dejaros un pecho alto con un polo superior muy lleno,** desechad esta idea, sencillamente no se puede conseguir, pues vuestra mama está muy caída y tenderá a descender su contenido, sobre todo porque la piel no os sujeta nada, por más que asociemos un implante.

El implante hay que ponerlo en la posición que calculemos que va a tener la glándula, pasados unos meses, si se pone muy alto quedará descolocado y por tanto el aspecto se será nada bonito.

Desde luego mejoraréis muchísimo, sin duda, pero recordad que **el objetivo es un pecho bonito con una posición normal y una caída natural, muchísimo más bonito que el que traéis antes de operaros,** pero nada de pechos muy voluminosos con prótesis grandes y polos superiores muy llenos, eso sólo se consigue cuando hacemos aumentos simples en mamas pequeñas y pieles excelentes. **Informaos muy bien antes de operaros**, quedareis muy contentas pero hay que hacerlo bien, y vuestro caso no es fácil.

16.Consejos para viajar en avión tras un aumento mamario

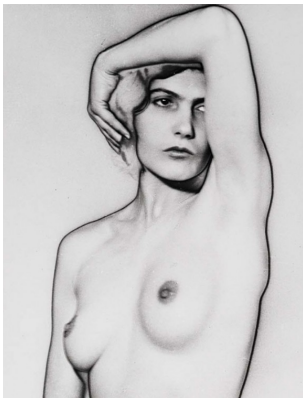
No es el objetivo responder a la típica pregunta (y leyenda urbana) de si las prótesis se pueden romper al viajar en avión tras un aumento mamario. Ya sabéis todos y todas que no, **no se rompen las prótesis si volamos en avión, están más que testadas y preparadas para soportar importantes diferencias de presión sin sufrir daño.**

Lo que quiero explicar es **por qué son tan frecuentes las complicaciones si tras una cirugía reciente se hace un viaje largo en avión, muy típico del turismo quirúrgico,** complicaciones que todos hemos atendido en nuestras consultas en pacientes que han viajado a otro país o continente para operarse, tal vez buscando mejores tarifas y al final precisando segundas cirugías que solventen los problemas surgidos y, claro, pagando mucho más. Hay que pensárselo mejor.

La **complicación más habitual** se ve tras aumentos mamarios, sobre todo **si se asociaba a una mastopexia, es decir, con más cicatrices.** La paciente suele referir que estaba perfecta antes de viajar pero a la vuelta empieza con dehiscencias de las heridas cuando no exposición de los implantes.

Difíciles de resolver y que nunca quedan como si hubiera pasado nada. ¿Se puede entonces viajar en avión tras estas cirugías? ¿tras cuánto tiempo? **¿hay problemas en cualquier vuelo o sólo si son largos?**

Sí que puede haber problemas, pero no en cualquier tipo de trayecto en avión, pues **depende de la altura de crucero o altura a que se vuele y del número de horas de viaje.** Los jets comerciales vuelan a una altitud estándar de 28000 a 35000 pies (8500-10.600 m), pues viajar a alturas mayores y a niveles de velocidad (a más altura se precisa más velocidad) más elevados limita la provisión de oxígeno. Y **también afectan a los cambios de presión,** pues por más que las cabinas del avión estén presurizadas, por encima de determinada altura (por encima de 35-40.000 pies) disminuye la presión, y del mismo modo se perciben y sienten los **cambios al ascender rápidamente (hipopresión) o al descender bruscamente (hiperpresión).**



En realidad las cabinas de los aviones comerciales están bien presurizadas para una altura de 5000 a 8500 pies (1500-2400m), es por esto que los oídos de las personas se tapan durante el despegue y el aterrizaje, pues el aire atrapado en los oídos se afecta y adapta por el cambio de la presión en tierra a un nivel más útil en las alturas.

Pero no siempre la altura de crucero de los vuelos comerciales alcanza esa cota, pues para llegar a los 35-40.000 pies se precisa tiempo (por más que a esas alturas es menor la presión del aire y se precisa menos combustible, además de ser necesaria una mayor velocidad).

En un vuelo de una hora no da tiempo a subir y descender de esa altura, por lo que se mantendrá a un nivel de vuelo 250, es decir, a unos 25000 pies.

¿En qué afecta todo esto a los implantes mamarios? **Los implantes**, en efecto, **no se rompen ni estallan, pero sí acusan las diferencias de presión.** En la hipopresión se expanden , como los líquidos y gases de nuestro cuerpo.

Me ha servido de mucha ayuda el artículo del Dr. Cristino Suárez, publicado en el European Aesthetic Plastic Surgery Journal, vol 4, n° 2, 2014, donde **recopila muy bien estudios de los efectos de la presión sobre los implantes, en laboratorio y en la práctica.**

Así, si estamos **en el postoperatorio inmediato** (primeras 2 semanas) es habitual que haya **líquidos periprotésicos o edema en los tejidos, que se expandirán con el cambio de presión,** de forma que si no están dentro de un continente tisular fuerte éste (los tejidos operados y con cicatrices) **se puede resentir y abrir si por la corta evolución postoperatoria no es aún fuerte,** con la consiguiente dehiscencia de las heridas y exposición del implante.

Es decir, **las prótesis no se rompen pero sí se expanden, la prótesis y el líquido periprotésico**, tanto más cuanto más líquido o menos cohesivo sea el gel. No sólo se puede expandir el gel de las prótesis (en cantidades limitadas, de 1-4%, según el tipo de gel), también ocurre un **fenómeno de gasificación o formación de burbujas alrededor de la prótesis, que desaparece al tomar tierra.**

Esta expansión de los líquidos periprotésicos y estas burbujas de gas **sólo se producen a partir de determinada altura, por encima de los 30.000-35.000 pies.**

Así que si los tejidos y las cicatrices no están muy firmes hay un notable riesgo de que, ante la presión del contenido se abran. Cuánto más riesgo no habrá si el vuelo alcanza más de los 40.000 pies, nada raro en vuelos intercontinentales, sobre todo (como bien apunta el Dr. Suárez) porque viene siendo una práctica frecuente entre las compañías low cost al suponer volar a esta altura un menor coste de combustible y mayor velocidad de vuelo. **El riesgo es mínimo en cambio en vuelos nacionales, cortos, al manejarse menores alturas de crucero.**

Todos conocemos y **hemos sentido los efectos de los cambios de presión en los aviones.** Desde el dolor de **oídos** al aterrizar y despegar, al franco dolor por los cambios de expansión y contracción en el aire en el oído medio (que comprimirá o traccionará del tímpano), conocido como aerootitis, o el efecto en los **senos paranasales** , o el dolor en los **dientes** si estamos sufriendo alguna infección peridental.

Y no es raro que muchas mujeres con implantes mamarios sientan molestias en su pecho, normalmente pasajeras y sin trascendencia, que se deben a la expansión y contracción de la cápsula o a la formación burbujas alrededor de la prótesis. Así, por encima de los 35.000-40.000 pies las prótesis no se rompen pero sí que se expanden, y del mismo modo los líquidos periprotésicos si los hubiera, por ello e**ste fenómeno no tendrá trascendencia si hace tiempo de la cirugía, pero resultará peligroso en el postoperatorio**

precoz, dado que por una parte hay más líquidos y edema alrededor del implante y por otra los tejidos no se han recuperado aún y no tienen consistencia suficiente para soportar esa presión o volumen aumentado y pueden abrirse.

Por esto vemos tantos implantes expuestos o dehiscencias de las heridas en pacientes operadas lejos de nuestros países, pues retornan a su país de residencia demasiado pronto como para tomar esos vuelos sin riesgos.

Por ello, y resumiendo, las indicaciones o **precauciones a tomar** serían: **tras un aumento mamario simple**, sin problemas **pasados 3-4 días para vuelos nacionales, de 1-2 horas,** ya que no se alcanzarán alturas de riesgo.

Recomiendo esperar **unos días más si se trató de una mastopexia de aumento, al menos 10 días,** siempre que los tejidos muestren buena cicatrización.

Tras aumentos mamarios y notablemente tras mastopexias de aumento si se trata de vuelos de más de 4 horas, nunca antes de 2 semanas, por el elevado riesgo de dehiscencias y extrusión del implante. Si hay dudas de la estabilidad de las cicatrices, no se recomendará hasta que las condiciones lo permitan.

En todos los casos, pasado el tiempo prudencial , con toda seguridad ya tras 1 mes (todo bien cicatrizado ya, pues, **se puede viajar sin problema,** no teniendo trascendencia que se sientan molestias en el pecho durante el vuelo, pues esos cambios de presión no afectarán ya los tejidos, estabilizados y resistentes ya.

Recordad, **¡los implantes no se van a romper!**, ni siquiera los de suero fisiológico, que tampoco estallan en los aviones, esto **sólo afecta a los tejidos periprotésicos y por tanto también a la piel y las cicatrices.**

Como norma general para cualquier vuelo largo tras cualquier cirugía, sobre todo si implicó reposo o dificultad para moverse, sea cirugía abdominal, ginecológica, vascular, ortopédica o plástica, **tened en cuenta el riesgo que la larga inmovilización con las piernas dobladas** (¡y en esos asientos cada vez más estrechos!) **suponen para el desarrollo de una trombosis venosa profunda,** de forma que no debemos olvidarnos de tomar la **medicación** recomendada, **movernos y caminar** al menos cada hora y tomar abundantes **líquidos.** Ante la menor duda, consultad a vuestros cirujanos.

17.Duda: Implantes muy grandes en mastopexia de aumento

PREGUNTA

P: Hace 6 meses me hice una mastopexia de aumento y mi cirujano me recomendó unas prótesis de 510 cc, perfil bajo. El problema es que me las veo muy grandes y muy gordo al lado de las axilas, me pesan y me molestan. Es algo que puedo aguantar pero no me siento feliz con el tamaño pues soy muy delgada y bajita, mido 1,51 y peso 52 kg, me gustaría cambiármelas a unas de unos 300 cc.

¿usted cree que sea una buena opción? Mi pregunta es si en este caso sólo me las cambiarían de un tamaño a otro o me tendrían que hacer otra mastopexia, cosa que no quisiera que pasara. Espero me puedan ayudar.

RESPUESTA

Tal como ahora comentaré, y a pesar de no haberla visto, **me parece una buena decisión optar por unos implantes más pequeños,** en base y volumen, no sólo porque se los ve grandes y poco proporcionados, sino porque seguramente **será más estable en el tiempo el resultado de su mastopexia.**

Una pregunta ¿usted no tenía idea de cómo se le iban a quedar esas prótesis, sabía qué volumen le iban a poner? Lo digo porque **muchas veces las pacientes nos pedís implantes grandes, más grandes de lo que los cirujanos vemos conveniente y resulta arduo explicaros nuestras razones…**

Respecto a la segunda cuestión, no me puedo pronunciar mucho porque no sé qué técnica de mastopexia le hicieron ni cómo estaba antes, en realidad tampoco ahora pues sólo tengo la escasa información que ustedes me aportan (casi siempre del todo insuficiente para dar una opinión acertada).

Pero, **puesto que ya le han hecho una mastopexia y por tanto ya tiene cicatrices, no veo qué problema pueda tener en que se rehaga,** toda vez que al optar por unos implantes de base más pequeña va a quedar un nuevo excedente tisular, que hará aconsejable quitar algo más de piel para adaptarla al contenido.

Si le hicieron cicatriz vertical es probable que sea suficiente con revisar ésta sin volver a tocar areolas. Claro que **estas cuestiones es con su cirujano con quien tiene que hablarlas despacio y no entrar de nuevo en quirófano sin informarse bien de todo.**

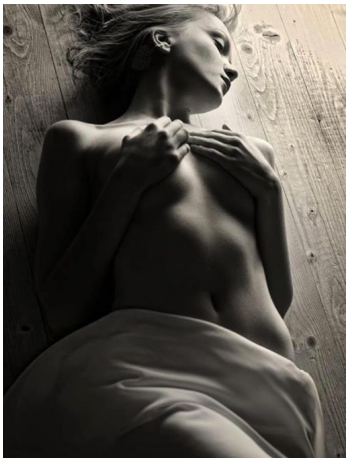
COMENTARIO

Quiero explicar una vez más en qué consiste una **mastopexia de aumento**. Como dice el término, se trata de dos cirugías en una, por una parte la pexia, donde subimos y realzamos, retirando exceso de piel, tensando la restante, remodelando la glándula caída y laxa, y por otra el aumento, a través de unos implantes que rellenan y al mismo tiempo distienden los tejidos y aportan más peso a la glándula ptósica.

Son dos cirugías contrarias, pues la pexia tensa y reduce la envoltura cutánea, y el implante estira y da peso y volumen. Por ello cuando las asociamos ambas deben ser prudentes para no ser tan contrarias y perjudicarse mutuamente, es decir, **la pexia debe ser económica en la resección y sobre todo poco agresiva en la técnica de elevación de las areolas, y el aumento también ha de ser moderado:** un implante grande con su volumen y así su peso empeora las condiciones tisulares, conduciendo a más relajación cutánea y por tanto más caída de la mama.

Lo explicaré de otra manera, tenemos una mama vacía y caída. La mama quedó vacía al adelgazar o tras los embarazos y lactancias, y en este proceso fue cayendo, pero no es el peso excesivo de la glándula la que la ha hecho caer pues si fuera así contaríamos aún con una mama con tejido suficiente o incluso sobrante sin tener que precisar un implante.

Es decir, **las mamas que necesitan pexia y aumento no solían ser mamas muy grandes, han caído porque la mala calidad de sus tejidos hace que cualquier peso sea excesivo.** De hecho, de entre todas las pacientes que se realizan una cirugía mamaria, sea aumento, mastopexia o reducción, las que peor piel o tejidos tienen son las candidatas a la mastopexia de aumento…



Es normal que un pecho grande caiga (y a éstas les hacemos una reducción o una mastopexia sin prótesis) pero si necesitan una prótesis es que no era tan grande, y si su piel hubiera sido mejor habrían quedado vacías pero sin apenas descolgarse (y lo solucionaríamos con una prótesis sin pexia).

¿Y qué significa tener mala calidad cutánea o piel muy laxa? Significa que tenemos una p**iel de poco tono, con poca elasticidad** (que es la capacidad de volver al estado original, pudiendo adaptarse aunque haya sido estirada al contenido que envuelve), de forma que **no sólo no se adapta o retrae sino que a más estiramiento más se deforma y cede.**

Luego para un cirujano cuando hay piel de mala calidad esto significa que no podemos añadir mucho peso ni distensión, pues agravaremos el problema. Es decir, que no podremos poner implantes grandes a

menos que la piel tenga las características adecuadas. No es un prejuicio o un gusto personal del cirujano, es que trabajamos con vuestro cuerpo y vuestros tejidos, y delante solemos tener a una paciente que quiere que se le note, que ya que se opera quiere un pecho alto y bien lleno.

Ningún cirujano plástico puede garantizar, con ninguna técnica, que un pecho vacío y caído, con piel laxa que ha perdido la elasticidad, y con las estructuras que sujetan la mama (ligamentos de Cooper) distendidas, pueda tras ser operado quedar alto y con el polo superior bien lleno, no es posible, y desde luego optar por un implante más grande no es la solución.

La glándula siempre va a tender a caer a su posición natural (no la caída sino la habitual en esa mama y en ese tórax) y la prótesis dependiendo de su volumen y la técnica realizada acompañará o no al resto de la mama. Por ello, no se debe poner un implante que sea muy grande y pesado, y debe disponerse en un bolsillo no muy alto para que quede posicionado al par que la glándula.

El objetivo es un pecho con forma natural y en la posición que quedaría una mama en su evolución natural. Alto y bien lleno sólo queda al principio. Esto es dificilísimo hacerlo entender a las pacientes, pero es así: volumen moderado y posición normal, no alta. Y **volviendo al comentario de la paciente, a mí me parece que le han puesto un volumen muy grande, no sé si usted lo pidió así o si insistió en un polo superior muy lleno.**

En vuestros comentarios me relatáis lo que creéis oportuno y yo no tengo más información que ésta. Los implantes muy grandes (para las características de la piel de la paciente, o para sus medidas y proporciones) terminan por agravar la mama ptósica, pero **si en su caso el motivo de queja es que se los ve desproporcionados y no está cómoda con ellos, me parece una gran idea reemplazarlos por otros más pequeños,** aunque ello conlleve revisar la mastopexia, cirugía que ahora sería mucho más sencilla que la primera vez.

Pero está claro que esto **debe hablarlo bien con su cirujano/a, que es quien conoce cómo estaba previamente, de qué hablaron en la consulta, qué le pidió usted y qué le recomendó el/ella,** la técnica usada, si hay en verdad que revisar o no la mastopexia, el momento para hacerlo, etc. **Las cirugías deben planificarse despacio y las revisiones aún más.**

18.El postoperatorio en verano

Aunque siempre os recomendamos que os realicéis las cirugías con meses de antelación, al menos si queréis lucir vuestro nuevo y mejorado aspecto en verano, la realidad es que, por mala planificación y especialmente por razones laborales o de estudios, **sois muchos quienes os hacéis la cirugía en los meses de verano.**

El problema es que se os hacen muy largos los plazos del postoperatorio, ante la presión y el deseo de ir a la playa, las piscinas, las fiestas con ropa más descubierta, y al fin una vida social muchísimo más animada que en los meses fríos. **Aquí os aclaro algo respecto a esas pautas y plazos para retomar vuestra vida (vida veraniega) normal, tras un aumento mamario**

Es la cirugía más solicitada en estos meses y la que, de entre las de contorno corporal, tal vez tenga **un postoperatorio más corto**, en lo que a actividades veraniegas me refiero. Os recomiendo que leáis el post que escribí al respecto de la **actividad deportiva tras esta cirugía** que os resultará muy útil. Repasando por semanas:

– tras la **primera semana** se os permite **ducharos y mojaros la cicatriz,** poniendo después de nuevo una banda de esparadrapo de papel y una semana después ya un apósito de silicona. **Nada de playa ni piscina** esta primera semana. Sujetador deportivo firme noche y día. **Nada de deporte.**

A las 2 semanas, podríais bajar un rato a la playa pero yo os recomiendo que sigáis con vuestro sujetador deportivo. En caso de querer tomar un **baño sería algo corto y no es conveniente que os**

dejéis el bañador mojado. Podéis compraros un bikini deportivo, firme, pero usadlo poco rato pueses preferible continuar con el otro. Sin problema para un **largo paseo o caminata si necesitáis hacer algo de ejercicio.** Nada de sol en el pecho. Tampoco debéis usar otro tipo de sostén, tipo sin tirantes o de aros, es pronto y os pueden perjudicar, así que **ropa cerrada aún.**

– **a las 3 semanas** podemos ir levantando la mano, estar **más rato en la playa y baños algo más largos, ya podéis bañaros en piscina** (el cloro y demás sustancias del agua de las piscinas no la hacen muy recomendable hasta que estemos seguros de que la cicatriz está muy firme y estable), el bikini deberá ser reforzado y debéis cambiarlo pronto por otro seco.

Nada de deporte por el momento, sólo caminar y tal vez un poco de bici estática y abdominales si no tensáis pectorales y brazos. Sujetador deportivo día y noche, pero según cada caso podría hacerse alguna excepción esporádica para usar algunas horas otro tipo de sujetador si queréis arreglaros más algún día.

–**Tras un mes podréis empezar a dormir sin sujetador,** si queréis. No hay problema ya con ir **a la playa o la piscina y bañaros cuanto queráis,** siempre con un bikini que sujete bien, pero nada de top less, **en realidad tenéis que tener muchísimo cuidado con el sol en todo el pecho,** pues la piel estirada y algo inflamada aún se quema con facilidad.

Y la cicatriz se puede pigmentar, así que este año bien tapada. Ya podéis usar otro tipo de sujetador (pero eso mejor se lo consultáis a vuestro cirujano). Y se os permitirá **más deporte**. Así que aunque al mes aún no tendréis el resultado definitivo de vuestra cirugía, sí que llevaréis ya una vida casi normal.

Contacto

clinica@doctoramartinez.com

www.doctoramartinezlara.com

Paseo de Ronda 71-1º Granada (ESPAÑA)

Teléfono: 958 254 466

Facebook:

www.facebook.com/DoctoraMaritinaMartinezLara

Twitter:

@dramartinezlara

Linkedin:

https://www.linkedin.com/in/maritina-mart%C3%ADnez-lara-91984634

Más información:

http://www.doctoramartinezlara.com/blog/

Miembro de:

ISAPS EDUCATION COUNCIL

secpre Sociedad Española de Cirugía Plástica Reparadora y Estética

Agencia de comunicación

NOSOLOUNAIDEA AGENCIA DE COMUNICACIÓN