

CIRUGIA PLASTICA

Volumen
Volume **13**

Número
Number **2**

Mayo-Agosto
May-August **2003**

Artículo:

Comentario al trabajo: Brassiere
dermograso para corregir y retrasar el
descenso de las prótesis mamarias

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, AC

Otras secciones de
este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com

Comentario al trabajo: Brassiere dermograso para corregir y retrasar el descenso de las prótesis mamarias

Dr. Ignacio Trigos Micoló

Al recibir el trabajo para revisión, me llamó inmediatamente la atención el concepto enunciado en el título de "Ptosis de las Prótesis Mamarias". A priori, este concepto me es difícil de aceptar y merece observaciones específicas por lo cual me cuestioné ¿Es real que las prótesis mamarias desciendan?

Basado en una amplia experiencia personal en el tema,¹ que se inició desde el año de 1965 en que salieron al mercado las prótesis de Cronin,² (prótesis lisas con parches de fijación que posteriormente fueron eliminados) pasando por las prótesis de Ashley,³ hasta los diseños actuales de prótesis anatómicas texturizadas. A este desarrollo tecnológico personalmente lo he clasificado hasta el momento como cuatro generaciones de prótesis mamarias de silicón, independientemente de quien las produzca.

Durante toda mi vida profesional en este campo no he podido observar la ahora referida ptosis de las prótesis mamarias en más de 2,500 colocadas y seguidas por un tiempo prolongado y de ahí mis dudas.

Por otro lado, en la bibliografía tanto a nivel nacional como internacional a mi alcance, sólo he encontrado una referencia al reporte de ptosis de las prótesis mamarias; éste es de Baker,⁴ de 1978 y sólo se refiere a implantes inflables en los cuales, según el autor, el factor es debido al peso de la solución de infiltración y lo relaciona al material de sutura utilizado para cerrar la herida inframamaria. Menciona además que al utilizar material no absorbible este fenómeno no se produce.

Siempre he considerado —pero puedo estar equivocado— que las prótesis no migran y que se mantienen en el sitio en que se colocan, si no fuera así, los fabricantes no hubieran eliminado los parches de fijación originales,^{2,5} o ya hubieran diseñado y agregado a las prótesis otro sistema que las mantenga en posición,

además del desarrollo de las cubiertas texturizadas que teóricamente mantienen a los implantes en su ubicación original.⁶

Como toda regla, ésta también tiene su excepción, la cual está representada por las prótesis lisas, sin parches, tanto de generación I como II, que se colocaban en posición submuscular, sin desinserción infero-medial del músculo pectoral, en pacientes atléticas y con gran actividad física. Algunas de esas pacientes mostraron desplazamientos superolaterales de las prótesis, lo cual se explicaba por la acción directa del propio músculo sobre ellas, mismas que subían paulatinamente mientras el tejido mamario se desplazaba —también lentamente— hacia abajo, lo que terminaba dando, en vista de perfil, una desgradable doble silueta, que posteriormente se describió como deformidad de *Snoopy*.⁴ Aun en esos casos, siempre quedó la lógica duda de que las prótesis submusculares fueran colocadas originalmente en una ubicación más alta respecto al centro de máxima proyección de la mama, o que el referido desplazamiento superior se presentara muy temprano después de su inserción antes de que se formara la cápsula periprotésica.⁵ Estas variables no se han observado con el uso de implantes texturizados (generaciones III y IV) que se colocan adecuadamente en posición submuscular.

Independientemente del fenómeno de contractura capsular, el desarrollo tecnológico de evolución progresiva de las prótesis mamarias desembocó en 1989 en la presentación de los implantes de Silicón redondos con cubierta texturizada (generación III), en donde, por las características texturizadas de la propia cubierta de la prótesis, sabemos que éstas se adhieren al tejido vecino y mantienen la posición en que se colocan y no se desplazan al cabo del tiempo en que se forma la cápsula fibrosa periprotésica y que por su efecto de acordeón

multi-direccional no permiten que se manifieste la contractura capsular en un porcentaje más elevado.^{1,6}

Con esos antecedentes y parámetros en mente, es que al valorar el artículo en cuestión y plantearme las dudas externadas, hicimos contacto con el autor principal y le expresamos las dudas planteadas y a la vez nos permitimos sugerirle que modificara el título de su trabajo y que lo denominara "brassiere dermograso para corregir y retrasar la ptosis mamaria en mamas con prótesis" y que eliminara el concepto de "ptosis de prótesis mamaria". Explicando adecuadamente su punto de vista, el autor contestó que prefería publicarlo como lo había enviado, recalando que el artículo se refería a la presentación y prevención de la ptosis protésica.

Después de escuchar los argumentos del autor, el Comité editorial de Cirugía Plástica, decidió respetar el concepto original y publicar -siempre bajo su responsabilidad- el artículo como fue originalmente enviado.

Ante tal situación y las dudas manifestadas y no aclaradas en el contenido del artículo original, decidí -en forma personal y con muy buenas intenciones- presentar a su consideración este comentario y tratar de entender el concepto de "ptosis de la prótesis" con el afán de aprender, de aclararlo y de tener un concepto actualizado al respecto.

Las dudas y cuestionamientos a discutir son:

- ¿Las prótesis mamarias se someten a la acción de la gravedad y se desplazan con el tiempo hacia abajo?
- ¿Todas las prótesis se comportan igual o hay diferencias significativas entre los implantes lisos de las generaciones I y II y los texturizados o de generaciones III y IV?
- ¿Cómo se comportan las prótesis de otros materiales de relleno?
- ¿Qué significado sobre el tema a discusión tiene el sitio de colocación del implante?
- ¿Cómo podemos demostrar la migración protésica en documentos seriados que aclaren las dudas existentes sobre el tema si es que ese hecho es como lo presenta el artículo discutido?

Al revalorar los casos presentados y tratando de compaginar mis pensamientos con el criterio expuesto por los autores del artículo, mis dudas crecieron y me permiten ampliar el comentario:

Caso 1. (*Figura 7*) Mujer de 34 años de edad con prótesis subglandulares (no se especifica el tipo) de 5 años de postoperatorio, en donde se aprecia la Ptosis III del tejido glandular acompañado con descenso de la prótesis. ¿Cómo se demuestra que la prótesis descendió? No hay foto previa y cabe la posibilidad que desde un principio la prótesis haya sido colocada baja

y manteniendo su posición, con el tiempo se manifieste ptosis del tejido glandular exclusivamente que con una prótesis baja, se vea como una verdadera ptosis mamaria mas no protésica.

Caso 2. (*Figura 8*) Mujer de 19 años de edad con 2 años de evolución de prótesis subglandulares; tres años después de pexia convencional con recolocación subglandular del implante, advertimos ptosis importante de la prótesis y tejido mamario... Llama la atención que en una paciente tan joven, se presente una ptosis severa. Nuevamente en este caso tenemos dudas lógicas respecto al desplazamiento mencionado, ya que la colocación de los implantes se aprecia baja, tanto desde el inicio como después de la primera pexia. No sabemos en realidad si así es como parece. No hay información del tipo de prótesis utilizada. El resultado final en este caso es muy bueno, eso no está a discusión; lo que se duda, es el concepto e interpretación de que la prótesis se haya desplazado hacia abajo y con lo exemplificado, no hay forma de aclararlo.

Caso 3. (*Figura 9*) Mujer de 46 años de edad con prótesis submusculares con 9 años de evolución, en la cual notamos la prótesis en su ubicación original, sin embargo el tejido glandular se gravitó hasta una ptosis grado III... Este caso demuestra el comportamiento reconocido de las prótesis mamarias mantenidas en su ubicación inicial y ptosis del tejido mamario exclusivamente con el resultado de doble imagen tipo "Snoopy". Nuevamente, salvo la variable de localización de la inserción original de la prótesis en el espacio submuscular, desconocemos el tipo de prótesis utilizada para poder correlacionar su comportamiento.

Finalmente, al revisar la bibliografía presentada como soporte a los conceptos vertidos en el artículo, no se encuentra ninguna referencia que sustente el concepto de ptosis de las prótesis mamarias. Ojalá se pudiera incluir en él un contracomentario, que esperamos se presente en el futuro o que algún lector lo envíe.

El planteamiento de esta discrepancia de criterios y conceptos ojalá permita llegar a conclusiones claras, por lo que estimulamos la participación de los lectores interesados en el tema para enviarnos sus comentarios al respecto y a la vez estimulamos a los autores para que presentan una clara demostración -que no deje dudas- en relación al desplazamiento y descenso de las prótesis mamarias. En el supuesto caso de no aclararlo, para lograrlo, se requiere desarrollar un protocolo de investigación formal al respecto que permita obtener conclusiones claras sobre los conceptos actuales de posible migración de las prótesis mamarias, sugiriendo se revisen los conceptos vertidos por Holman y cols.⁷

El panorama es alentador para asegurar y convenir, o desechar los conceptos aquí planteados, siem-

pre manteniendo respeto absoluto a las interpretaciones personales y buscando el enriquecimiento de nuestros conocimientos profesionales que nos permitan ser más eficientes en la atención de los pacientes que depositan su confianza en nosotros.

Agradezco profundamente a la revista *Cirugía Plástica* y a los autores del artículo comentado por darnos la oportunidad de valorar, discutir, profundizar y aprender más en un campo de nuestra especialidad que por su importancia y trascendencia debemos aclarar y concluir en un futuro próximo reiterando mi respeto absoluto a los conceptos y a las personas involucradas en este tema.

BIBLIOGRAFÍA

1. Trigos MI. Mamoplastia de aumento: Contractura capsular. Análisis retrospectivo de una experiencia con 2000 implantes de gel de silicón. *Cir Plast* 1998; 8: 18-22.
2. Cronin TD, Gerow FJ. Augmentation mammoplasty: A new "Natural Feel" prostheses. *Trans Third Internat Cong Plast Reconstr Surg*. Amsterdam: Excerpta Med Found 1964: 41-49.
3. Ashley FL. A new type of breast prostheses. *Plast Reconstr Surg* 1970; 45: 421-424.
4. Baker JL Jr. Augmentation mammoplasty. In: Owsley JQ, Peterson RA Ed. *Symposium on aesthetic surgery of the breast*. St Louis: Mosby 1978, pp. 260.
5. Williams JE. Experience with a large serie of silastic breast implants. *Plast Reconstr Surg* 1972; 49: 253-257.
6. Zarem HA. Augmentation mammoplasty with textured silicon implants. *Annual meeting of the Am Soc Plast Reconstr Surg*. New York: 1991.
7. Holman PD, Hetter GP, Peterson RA. *Aesthetic concepts of augmentation mammoplasty: breast dynamics in Plastic Surgery*. In: Owsley JQ, Peterson RA Ed. St Louis: Mosby 1978: 250-255.

Dirección para correspondencia:

Dr. Ignacio Trigos Micoló.
Hospital Ángeles, Clínica Londres
Durango 33 - 5
Tel. 5511 04 44
E-mail: itrigos@hotmail.com