

INCLUSIONES DE PROTESIS SOLIDAS

Dr. RICARDO BAROUDI

INTRODUCCION

El problema de amastias, hipomastias y asimetrías mamarias por secuelas traumáticas o tumorales, han sido resueltos en los últimos años con el uso de un material haloplástico, en el sentido de conseguir una forma mamaria que mejora estéticamente las glándulas colocándolas en armonía y en proporción con el tronco.

En estos últimos 14 años, se ha empleado el silicon en forma de inclusión gelatinosa envuelta en una membrana delgada del mismo material, ha recibido la preferencia de los cirujanos especializados, que introducen estas prótesis para lograr el volumen necesario de la glándula mamaria comprometida en cualquiera de sus cualidades y desarrollo.

En la historia de la inclusión de prótesis de silicon vamos a encontrar una evolución bastante curiosa respecto a sus características, mostrando que el problema debe ser encarado como una medida que efectivamente suplanta y consigue los efectos satisfactorios, pero no absolutos por el hecho de que siempre constituye un cuerpo extraño, al ser colocado en el organismo.

Las primeras prótesis que surgieron en el mercado datan de más o menos 1962 como son los modelos de Cro-

nin, fabricados por la casa Daw-Corning de Estados Unidos. Estas prótesis sufrieron luego algunas alteraciones de forma y textura, relacionando al contenido y al continente, tentativas para que la mama sea lo máximo de aproximada a la normalidad.

Hoy en día estas prótesis han alcanzado un estadio interesante, donde los efectos secundarios son menos intensos y dan a la mama un aspecto más natural, tanto a la observación como a la palpación.

INDICACIONES

Estas "prótesis sólidas" presentan una membrana delgada de silicon, hermeticamente cerrada, conteniendo en su interior un determinado volumen de gel de silicon. Las prótesis inflables al contrario, son llenadas con una solución de glucosa al 50% a través de una válvula. Estas válvulas han de tener un desempeño muy perfecto, permitiendo en algunos casos que se vacie la prótesis, acarreando como consecuencias una nueva intervención para reinflarla.

Las ventajas de las prótesis sólidas y las inflables, así como sus respectivas desventajas han dividido a los cirujanos en dos grupos, de acuerdo con sus tendencias personales.

Pero ambas tienen sus indicaciones perfectamente encuadradas para los casos de amastias, hipomastias, asimetrías mamarias, pequeñas ptosis con hipomastia asociada, así como los casos de secuelas cicatrizales o tumorales en mamas en el sentido de poder rehacer su contorno.

TECNICA OPERATORIA

El enfoque sobre la técnica operatoria debe ser presentado en 3 items:

- 1º Vías de Acceso
- 2º Decolamiento
- 3º Curaciones

1º Las vías de acceso, son variadas, dependiendo del buen sentido y la experiencia del cirujano de utilizar algunas de las vías.

Las más frecuentes son: surco infra-mamario, peri-areolar, el axilar y el trans-areolar. Fig. 1.

Todas estas vías tiene un denominador común caracterizado por la incisión de la piel que no sobrepasa de los 4 centímetros.

2º y 3º Decolamiento e Inclusión de la prótesis.

En el decolamiento se procede dentro de la orientación de formar una bolsa entre la aponeurosis del músculo pectoral mayor y la capa cutáneo-glandular. El decolamiento debe ser amplio en el sentido de dar sitio a la prótesis para ser introducida a una cavidad mayor que su volumen. Este detalle permitirá la mejor acomodación de la prótesis y desenvolvimiento de la reacción a su alrededor en una posición más natural de acuerdo con las necesidades estéticas. Al inverso, en una bolsa apretada en torno a la prótesis podrá traer efectos secundarios de asimetrías, reacciones capsulares indeseables, etc., que van a comprometer el resultado final.

El acceso para formar esta bolsa varía con la técnica empleada. La figura Nº 2 ilustra estos aspectos.

Las maniobras de ajuste final realizada por el cirujano para introducir la prótesis son de gran importancia para mantener la posición correcta y la simetría dispuesta. El apósito final com-

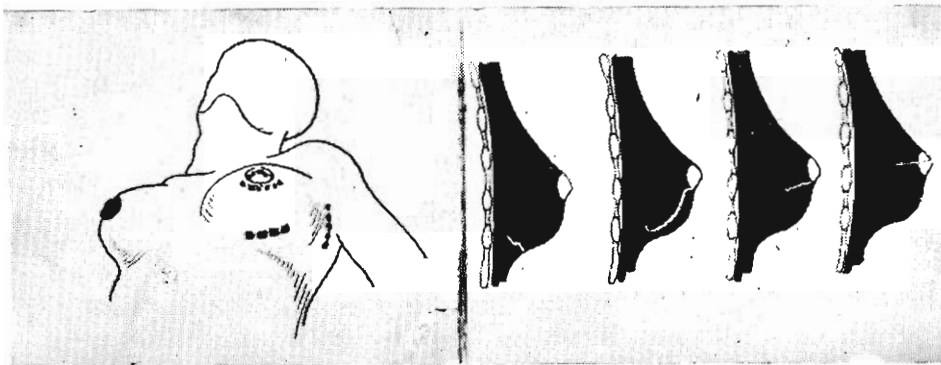


Fig. 1.— Aspectos esquemáticos de las vías de acceso para introducir las prótesis mamarias: vía inframamaria, axilar, periareolar y transareolar.

Fig. 2.— Aspectos esquemáticos de las vías de decolamiento para la elaboración de la bolsa que contiene la prótesis.

plementa la manutención de la prótesis en buena posición.

El decolamiento digital en el plano supra-aponeurótico, es el más indicado, utilizándose de acuerdo con el lado de la mama en el sentido horario. Esta maniobra es la menos traumatizante. Figura 3.

La hemostasia debe ser bastante rigurosa para evitar eventuales hematomas.

Al final se puede comparar entre una bolsa y la otra, la izquierda y la derecha, para que siempre haya una igualdad entre las mismas.

El decolamiento es dirigido a la región axilar y torácica lateral y en toda el área que sea necesario. Existen cirujanos que utilizan un decolamiento más peculiar en el sentido de colocar la prótesis bajo el pectoral mayor. Hay un gran número de argumentos contrarios a esta técnica que la mayoría de cirujanos no siguen.

La introducción de la prótesis debe ser siempre lo más atraumática posible. Al cerrar la incisión debe ser por planos con puntos separados de Dexon 3.0 en el subcutáneo e intradérmicos, complementando el cierre de la piel con steri-strip.

APOSITOS

El apósito es de gran importancia. Se coloca buena cantidad de gasa o algodón en torno de la mama, dejando las mamilas expuestas. El asistente debe tenerlas en la línea media con las manos, aproximándolas lo más posible, complementando la inmovilización con vendas elásticas tipo tenoplast. Este apósito permanece durante



Fig. 3.— Orientación para el decolamiento del plano cutáneo-glandular. El decolamiento de tipo digital sobre el plano aponeurótico del músculo pectoral mayor. La orientación obedece al sistema horario de las agujas de reloj.

dos días después es cambiado y sustituido por el sostén que mantiene las mamas en buena posición por una semana a diez días.

CUIDADOS POST-OPERATORIOS INMEDIATOS Y TARDIOS

La paciente permanece internada unos dos días. En este período el apósito es sustituido por el sostén, cuya firmeza estará asegurada por la calidad del material.

Un segundo sostén sobrepuesto es también recomendado en algunos casos. Durante tres o dos semanas el sostén es usado todo el tiempo, inclusive para dormir. Después de ese tiempo, se utiliza solamente durante el día. Baños completos después del 4º día.

Especificaremos el reposo. Podrá perfectamente a partir de la primera semana tomar baños de sol, en una piscina, sin hacer movimientos natatorios, pero puede estar al aire libre. Estos aspectos son importantes sicológicamente en el sentido de confort y comodidad. Las posibilidades para dirigir automóvil deben estar vinculadas a las condiciones naturales de no haber problemas de dolor y molestias, sien-

do liberada del reposo a partir del 10º día.

Después de la 2ª a 3ª semana se inicia un tipo de gimnasia sobre los senos, empleando las dos manos, haciendo movimientos de circunvalación para movilizar las mamas, evitando que se forme una cápsula fibrosa gruesa en torno de estas prótesis y suelte las eventuales bridas ya en formación. Esto también ha sido utilizado en el sentido de dar una cápsula menos rígida y una sensación más cercana a las mamas normales.

Es prohibida la gimnasia violenta y los deportes en general en un período de 8 a 12 semanas.

COMENTARIOS

La introducción de prótesis mamaria de tipo sólido obedece a una filosofía clásica de dar simetría y aumento de mamas en el sentido de no ir en contra de las proporciones estéticas del tórax. Es fundamental recordar que representan siempre elementos extraños colocados en el organismo y que desencadenan reacciones secundarias más o menos intensas en función de innumerables factores. La reacción secundaria más frecuente es la formación de cápsula fibrosa en torno de esta prótesis. La intensidad de esta cápsula está

ligada a factores secundarios de manipulación del cirujano, y equipo, así como factores de cicatrización de estas pacientes.

La formación de una cápsula fibrosa reaccional puede llevar a efectos secundarios que acarrearán cierto artificio exagerando la consistencia de las mamas. Esas reacciones intrínsecas ligadas a técnica operatoria empleada, a las que se suman aquellas intrínsecas del organismo de las pacientes.

Cuando la mama adquiere consistencia dura, indica una reoperación de la cápsula fibrosa. Esta orientación ha sido tomada para sustituir la prótesis de modelo más antiguo por las actuales que son más blandas por lo que determinan reacciones menos intensas, ofreciendo una consistencia más cercana a lo natural.

La introducción de la prótesis de silicona puede estar asociada a modelos concomitantes de mamas. Esta orientación ha permitido, en el tiempo operatorio, resolver problemas de ptosis y aumento de volumen mamario. Igualmente modelaje y aumento de las mamas asociadas a mastectomía glandular en un tiempo operatorio, evitando grandes problemas de deformidades secundarias con las naturales consecuencias psicológicas.