

# CASO ABIERTO Nº IV



## Doble surco. Aumento mamario subfascial

*Dr. Jaume Serra Janer*

La paciente que presento ha sido operada previamente en dos ocasiones y nos aporta las imágenes de todo el proceso anterior a nuestra intervención. La (Fig. 1) nos muestra la imagen frontal de la paciente antes de operarse.



Fig. 1. Imagen preoperatoria de la paciente.

En la (Fig.2) podemos observar el resultado al año del Aumento Mamario: le fueron implan-

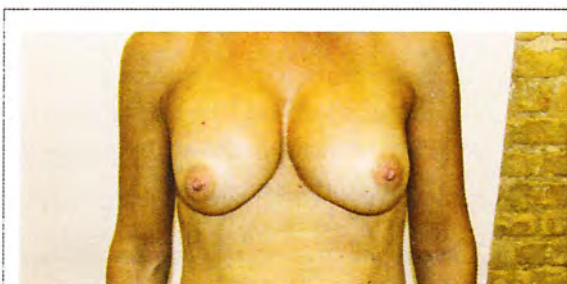


Fig. 2. Resultado al año de la primera operación.

tadas prótesis de silicona, redondas, de perfil bajo, 280 cc, lisas, a nivel subpectoral. Obsérvese el mal posicionamiento de las prótesis en ambas mamas, colocadas en el polo superior, y como el bolsillo izquierdo invade la línea media.

La paciente no se encontraba muy satisfecha con el resultado, por lo que a los dos años de la intervención inicial fue reoperada por su mismo cirujano el cual intentó, sin éxito, descender el posicionamiento de las prótesis. El resultado al año de esa segunda operación lo muestro en la Fig. 3.

Sin entrar a valorar la incisión transareolar, como podemos ver se mantuvo el mal posicionamiento en ambas mamas; la mama derecha había perdido la forma esférica (cuadratura del círculo) y, además, la izquierda presentaba un doble surco evidente. Tampoco se había corregido la invasión de la línea media por parte de la mama izquierda.



Fig. 3. Resultados en la posición oblicua de la primera y segunda operación.

A los tres años de la intervención primaria la paciente acudió a mi consulta, ya que se mostraba insatisfecha con el resultado.

Para corregir esas deformidades, y mejorar el aspecto externo de las mamas, le propuse una reintervención quirúrgica destinada a reposicionar las prótesis, extirpar restos de cápsula y corregir la línea media, todo ello mediante colocación de prótesis de perfil alto y de mayor tamaño en el plano subfascial (Fig. 4A).

La paciente también deseaba conocer si existía alguna técnica para eliminar la cicatriz transareolar. Lo cierto es que todavía sigo sin entender el motivo por el cual el cirujano no había optado por la vía de abordaje periaerolar, ya que la mujer presentaba unas areolas correctas para esa incisión.

Le explique que intentaría cambiar la forma de la cicatriz con z-plastias para que quedase un poco más irregular y se disimulase.

En la mesa de quirófano cabe destacar la cuadratura del polo lateral de la mama derecha y que el

doble surco en la izquierda desaparece por la posición de supino, de allí la importancia de su marcado previo (Fig. 4B).

Como todos sabemos, esta operación es técnicamente más compleja debido a las cirugías previas. En esta paciente procedí a implantar dos prótesis de 450 cc (Eurosilicone), de perfil alto y rugosas.

Para corregir la invasión de la mama izquierda en la línea media, tenía pensado dar unas suturas a ese nivel, pero en el momento operatorio observé que haciendo abrasiones en ambas caras del bolsillo y colocando una prótesis de perfil alto, con un diámetro inferior a la de perfil bajo que llevaba implantada, corregiría esa invasión.

La paciente a los cuatro meses está muy contenta (Fig. 5). Nótese el cambio en el perfil de las mamas que ha pasado de la forma en **Cascada**, muy típica del implante **subpectoral**, a la forma en **Tobogán**, más natural, que se consigue con la posición **subfascial**.

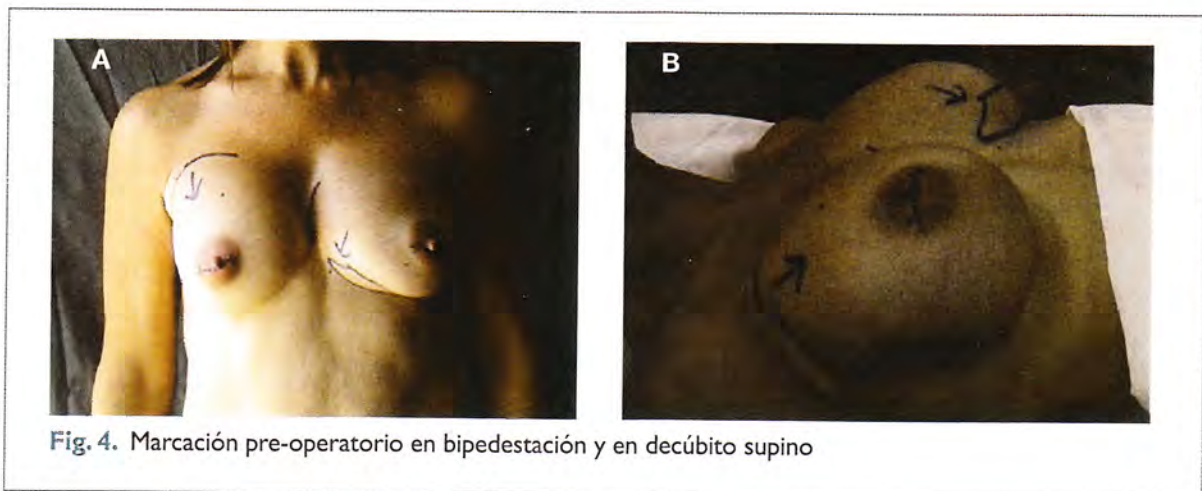


Fig. 4. Marcación pre-operatorio en bipedestación y en decúbito supino

## COMENTARIOS

En mi opinión, la posición en decúbito supino inherente a la forma tradicional de operar, y el edema que se produce durante el acto operatorio, hace que el 90% de los doble surcos solo sean detectables cuando ese edema ha disminuido, circunstancia que se produce hacia el mes - tres meses. Todos los dobles surcos que he visto en mi práctica clínica se han producido en pacientes con implante subpectoral.

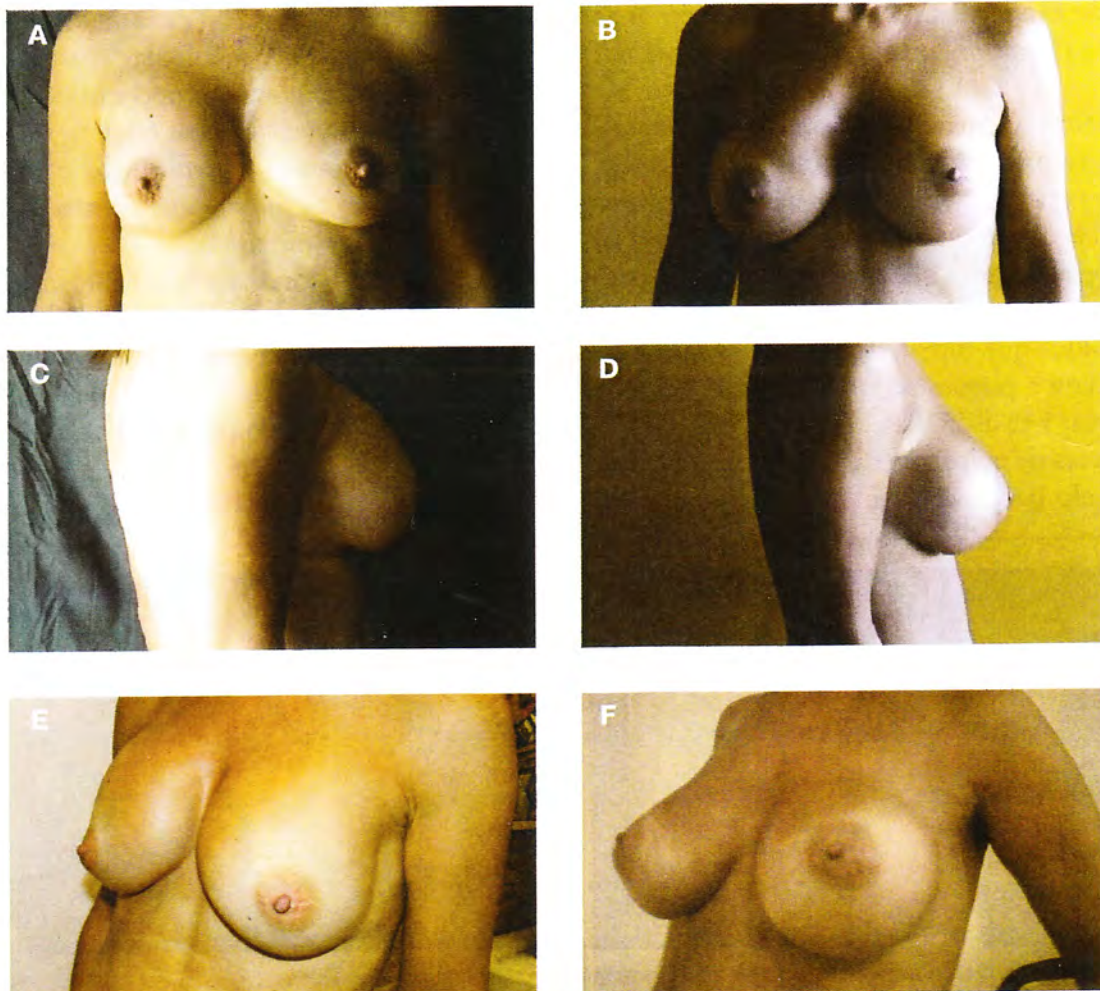
En algunas de estas pacientes, como es en este caso, además existía un componente de malposicionamiento de las prótesis, secundario a un bolsillo sub-

pectoral demasiado grande. La prótesis, por acción del músculo, tiene tendencia a ascender, dejando un polo inferior sin proyección (tendencia al malposicionamiento). La solución es bastante sencilla, cambiar de plano y utilizar prótesis de volumen entre 400 y 450 cc, de perfil alto, para que proyecten.

En mi criterio, creo que deberíamos ir abandonando el implante subpectoral por varios motivos:

- La rotura muscular del pectoral inherente a la técnica es dolorosa para la paciente.
- Tendencia al malposicionamiento de las prótesis en el polo superior.

- Tendencia al doble surco.  
Por el contrario, la posición subfascial:
- Proporciona una forma en **Tobogán**, más natural.
- Si situamos el implante en el espacio suprapectoral, este está menos sometido a los movimientos del músculo y sufre menos fatiga.
- Es una cirugía un poco más meticulosa, puedes controlar el bolsillo perfectamente, al igual que la hemostasia, por lo que la paciente no requiere drenajes.
- La recuperación es mucho más rápida.



**Fig. 5.** Pre y Post operatorio a los 4 meses. A y B: vista frontal. C -D: vistas laterales: C Preoperatorio en posición Subpectoral: forma en cascada y post-operatorio, D, en posición Subfascial y forma en tobogán. E y F: Oblicuas

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ventura O. Implantes mamarios en el espacio subfascial un reemplazo lógico al espacio glandular. *Cir Plást Iberlatinamer.* 2006. 32, 1: 11-16.
2. Pocaroba A. Colocación de implantes mamarios subfasciales por vía periareolar, una buena alternativa distinta con buenos beneficios. *Cir Est Plástica.* 2010. 11:17-21.
3. Velayos A. Adenomegalia Siliconomatosa postmamoplastia de aumento. *Cir Plást Iberlatinamer.* 2010. 36, 2:115-126.

Dr. Jaume Serra Janer  
C/ Provenza 352 2 1. 08037 Barcelona. serrajaner@yahoo.es