

# Colocación transpectoral superior de implantes mamarios. Relevancia técnica y anatómica

## Superior transpectoral insertion of breast implants. Anatomical and technical relevance



Peña Cabús, G.

Peña Cabús, G.\*

### Resumen

Los tres planos de colocación de implantes para aumento mamario tienen particularidades claramente identificables. Cada modificación anatómica y los elementos tisulares acompañantes establecen beneficios y efectos adversos que influyen sobre el resultado final.

El presente estudio tiene como objetivo la comunicación temprana de los hallazgos clínicos obtenidos con la creación de una cavidad de implantación en diferentes condiciones, utilizando una combinación de planos y haciendo énfasis en un fundamento anatómico y funcional de gran relevancia.

El mejor manejo de los implantes mamarios y de otros biomateriales es el mantenimiento de su integridad y el control de su comportamiento a largo plazo. De manera prospectiva valoramos la colocación de implantes mamarios en una cavidad que es subfascial en la porción caudal de la mama y retropectoral en la porción cefálica. El aislamiento de las rutas linfáticas suprafasciales proporciona un menor riesgo de contaminación del implante. La facilidad técnica se produce al no tener que desinsertar inferior y medialmente el músculo pectoral.

En los 15 casos estudiados, no se produjo ningún desplazamiento cefálico de los implantes con la contracción pectoral. Hacemos también una revisión de la sustentación anatómica y funcional del nuevo plano de implantación utilizado. El resultado es una suma de beneficios y la prevención de un frecuente efecto adverso, con lo que cumplimos el objetivo final de reducir la morbilidad e incrementar la seguridad del procedimiento.

**Palabras clave** Mamoplastia de aumento. Implantes mamarios. Plano submuscular. Plano subfascial.

**Código numérico** 5211-521140

### Abstract

The particular benefits and adverse effects of the three different planes for breast implant placement are widely known. The search for a safer implantation cavity led to a combination of two dissection planes with different anatomical components placed in continuity. Instead of supporting its value with statistics of good outcomes, emphasis is stressed in the functional and anatomical consequences of the proposed plane of dissection.

A small but representative serie of cases, due to a unique single outcome, which was the main objective of the study, forced to an early stage investigational report. The clinical experience refers to a caudal subfascial plane and a subpectoral cephalic plane to create an implantation cavity in a 15 cases serie when every single case operated on did not showed any surface breast deformation upon pectoral muscle forced contraction. At this point earlier than anticipated, the study was thought to be sufficient and completed. Main interest is being attracted to the consequences of the particular tissue components involved in the formation of the wall capsule surrounding the breast implant. We do believe that the soft handling of breast implants and other implantable biomaterials, refers to maintenance of the implant material integrity and a non responsive tissue behavior, on the long term basis.

**Key words** Aumentative mammoplasty. Mammary implants. Submuscular. Subfascial.

**Numeral Code** 5211-521140

\* Cirujano Plástico. Práctica Privada. San Pedro Sula. Honduras

## Introducción

Habitualmente se han considerado dos planos diferentes de colocación para los implantes mamarios en la mamoplastia de aumento, el plano subglandular y el plano retropectoral. Desde el punto de vista de los resultados, ambos muestran diferencias muy particulares. La colocación retropectoral produce un polo superior de apariencia bastante natural, sin embargo, cuando las inserciones esternales inferiores del músculo pectoral no se liberan lo suficiente, con la contracción del músculo aparecen deformidades superficiales visibles en el busto. Cuando se utiliza el plano subglandular, que sin duda alguna ofrece al cirujano una facilidad técnica atractiva, es posible la colocación de implantes de mayor volumen y la obtención de resultados de bastante notoriedad, aceptables para un tipo de mujeres, pero no para aquellas que solicitan un resultado natural en la parte superior del busto.

La diferencia de forma de los nuevos implantes, sumada a la inexactitud de la prueba de pinzamiento de los arbitrarios 2 cm. de tejido subcutáneo del tórax, viene a complicar la decisión a la hora de elegir el plano de colocación de los implantes.

En la literatura universal, esta controversia se ha tratado de dilucidar en general más por estadísticas de resultados satisfactorios, que por esclarecimiento de las condiciones anatómicas modificadas quirúrgicamente y de manera muy importante, por las consecuencias fisiológicas de estas modificaciones. Cuando se analizaron los resultados de las dos técnicas de colocación de implantes para aumento mamario, se inició la búsqueda de una tercera alternativa, considerando un plano anatómico intermedio. Como resultado de ello, Ruth Graf escogió el plano de mastectomía (1-4), es decir subfascial, destacando bajo su perspectiva la suma de las mejoras obtenibles con cada técnica, anteriormente conocidas.

En la reunión de IPRAS en Berlín, año 2007, Umar Daraz Kahn presentó su experiencia con una nueva cavidad de implantación, (WE1/5 "Muscle splitting breast augmentation: A new technique in a different plane" que se encuentra en el Final Program of the 14<sup>th</sup> International Congress of the International Confederation for Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery). En esta presentación el autor se refiere a un nuevo, pero lógico tipo de fabricación de la cavidad de implantación, subpectoral superior, para dar naturalidad evitando la influencia sobre la deformidad del implante y adicionalmente una disección subfascial del polo inferior. Sin embargo, a la situación quirúrgica presentada le faltó el ingrediente anatómico-funcional que a nuestro juicio es absolutamente determinante en la valoración del beneficio real de la nueva técnica.

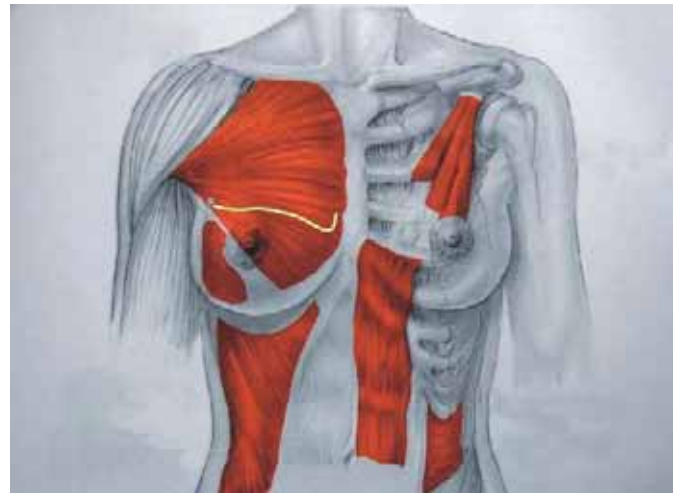


Fig. 1. Esquema anatómico de la incisión de separación de las fibras del pectoral en forma de "L" para reducir el efecto de banda restrictiva al contraerse.

En el estudio que presentamos, se seleccionó un grupo pequeño pero representativo de mujeres que solicitaron aumento del busto. Todas las pacientes tenían un grosor considerado insuficiente de tejido subcutáneo de cobertura para que quedara oculta la notoriedad de un implante en la parte superior del tórax. Se valoró de manera prospectiva el grado de dificultad técnica, comparado con la rutina de la formación de una cavidad retropectoral de colocación. Adicionalmente, se valoró la presencia de deformidad del busto con la contracción del músculo pectoral al cubrir únicamente la porción cefálica del implante.

### Anatomía quirúrgica

El músculo pectoral, como cobertura de implantes mamarios, tiene dos componentes de fibras que, con inervaciones diferentes, también tienen desde el punto de vista fisiológico comportamientos diferentes con el implante subyacente en la cavidad. La parte superior, compuesta por las fibras que se insertan sobre el manubrio esternal y las cuatro costillas cefálicas, se identifica por llevar una trayectoria más o menos horizontal. Es la porción de músculo relativamente poco móvil sobre el tórax, sin embargo es la que produce la mayor fuerza de contracción. Su acción sobre los implantes se manifiesta presionándolos caudalmente. De otra manera, la porción más caudal del pectoral presenta en su borde lateral, una trayectoria oblicua hacia la axila, la cual es contigua a la ruta anatómica de la mayoría del drenaje linfático superficial y profundo de la glándula. Esta porción del músculo pectoral es mucho más móvil durante su contracción, pudiendo llegar a causar desplazamiento cefálico del implante y una obvia deformidad de la mama. En los casos de un grosor muy delgado de volumen mamario cubriendo la porción inferior del implante, la contracción muscular también puede causar puntos de retrac-



Fig. 2. Ilustración de la colocación de un implante mamario con cobertura subfasial de la porción caudal y retropectoral de la porción cefálica.

ción o en casos muy desafortunados, la posibilidad de una banda constrictiva visible y palpable en la superficie del busto.

En la inserción esternal del músculo pectoral se encuentran reiteradamente la salida de los paquetes neurovasculares que se distribuyen hacia la glándula mamaria. De particular importancia resultan las ramas mediales de los nervios intercostales, especialmente en el cuarto espacio intercostal, por ser los que proveen la inervación sensitiva principal para el complejo areola-pezones, además de mantener el trofismo glandular de su parte medial(5). Por estas razones, la disección medial de la cavidad debe respetar una distancia anatómica prudente de 1.5-2 cm de la línea media esternal, o realizar una disección, identificación y preservación de las estructuras mencionadas. Al evitarse la desinserción medial del pectoral con la técnica que se presenta, se reduce considerablemente el tiempo y la dificultad operatoria, así como las molestias en la recuperación postanestésica al dejar intacta la porción caudal del pectoral.

La fascia pectoral suele mostrar un grosor variable de entre 0.2-1.14mm (6,7). En su porción caudal, sin embargo la disección de la superficie del músculo pectoral resulta ser relativamente fácil (8,9), encontrando ramas perforantes de muy pequeño calibre. La infiltración anestésica subfasial o intramuscular, reduce considerablemente la contracción muscular por la acción del electrocauterio mientras se realiza la disección y además facilita la hemostasia de los vasos perforantes menores.

Los linfáticos que drenan la glándula la rodean hasta su borde lateral y transcurren de manera constante en situación suprafascial, con una dirección de convergencia hacia el borde lateral del músculo pectoral en su trayecto de drenaje hacia los ganglios axilares. Cuando se realiza una disección muy amplia

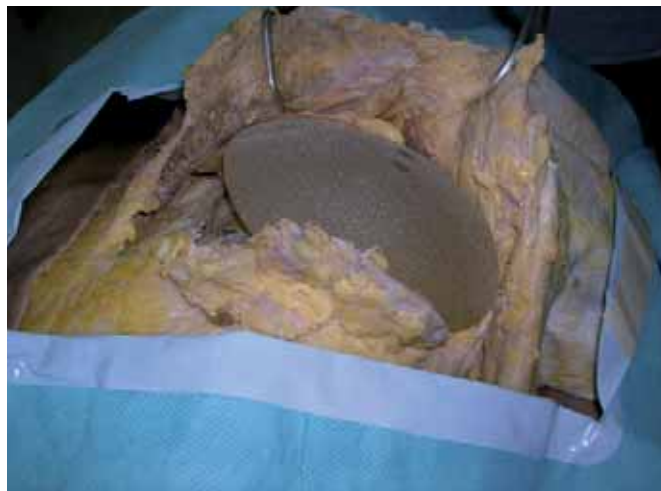


Fig. 3. Implante mamario en posición y formación de un zócalo subfasial.

sobre la fascia pectoral, invariablemente se corre el riesgo de seccionar los linfáticos y ocasionar una comunicación con la superficie del material aloplástico dentro de la cavidad, además de alterar la ruta linfática anatómicamente preferente (10).

### Técnica quirúrgica

La incisión de abordaje se sitúa preferentemente a nivel del surco submamario anticipado que resultará después de la colocación del implante. Desde esta incisión se realiza la infiltración anestésica inicial utilizando 30 cc de una mezcla de Bupivacaina 25cc, Lidocaína 25cc y Adrenalina 1cc, diluida en 250cc de una solución de Lactato Ringer, para el bloqueo de los nervios sensitivos de la pared torácica anterior. Por seguridad a la hora de infiltrar, utilizamos una aguja larga de punta roma con orificios laterales. Mediante disección con electrocauterio y punta fina de tungsteno, se identifican las fibras más inferiores del músculo pectoral, el cual se infiltra adicionalmente bajo visión directa con una cánula fina corta de orificios laterales para reducir la contracción del músculo al utilizar el electrocauterio. Durante 5-7cm se continúa el plano de disección subfasial hasta encontrar la dirección horizontal de las fibras del músculo pectoral. Mediante palpación se identifica la posición subyacente de una costilla (4<sup>a</sup>-5<sup>a</sup> costilla) y se profundiza la disección separando a través de las fibras musculares hasta comunicarse con el aspecto interno del músculo pectoral, plano en que se continúa la disección cefálica de la cavidad de implantación (Fig.1). Adicionalmente, protegiendo el pedículo neurovascular medial, se desinserta aproximadamente 1cm. del borde esternal de la porción cefálica del músculo para reducir la formación de una banda cuando éste se contraiga. La separación de las fibras del pectoral se continúa casi hasta su borde lateral, sin sobrepasarlo para





Fig. 4. A: Vista frontal en reposo. B: contracción forzada del músculo pectoral.

no lesionar la vía linfática ascendente hacia la axila. De necesitar ampliar lateralmente el nivel de disección, ésta se hace gradualmente preservando las ramas laterales de los nervios intercostales que inervan la glándula. Para evitar seccionar las ramas laterales de los intercostales, éstos pueden disecarse de 2-4 cm. entre la pared y la glándula para ampliar la

capacidad, lo que facilita la colocación del implante, manteniendo al mismo tiempo la inervación mamaria. Se completa la mejor hemostasia posible, se irriga la cavidad con solución antibiótica y se introduce el implante después de haberlo lavado con povidona yodada dentro de su envase para neutralizar las cargas triboeléctricas de su superficie (10) (Fig.2). El surco



Fig. 5. A y B: Paciente de 31 años de edad, multipara, con involución glandular, que solicita un aumento mamario proporcional. C y D: Postoperatorio con implantes biodimensionales de alta proyección de 280 cc.

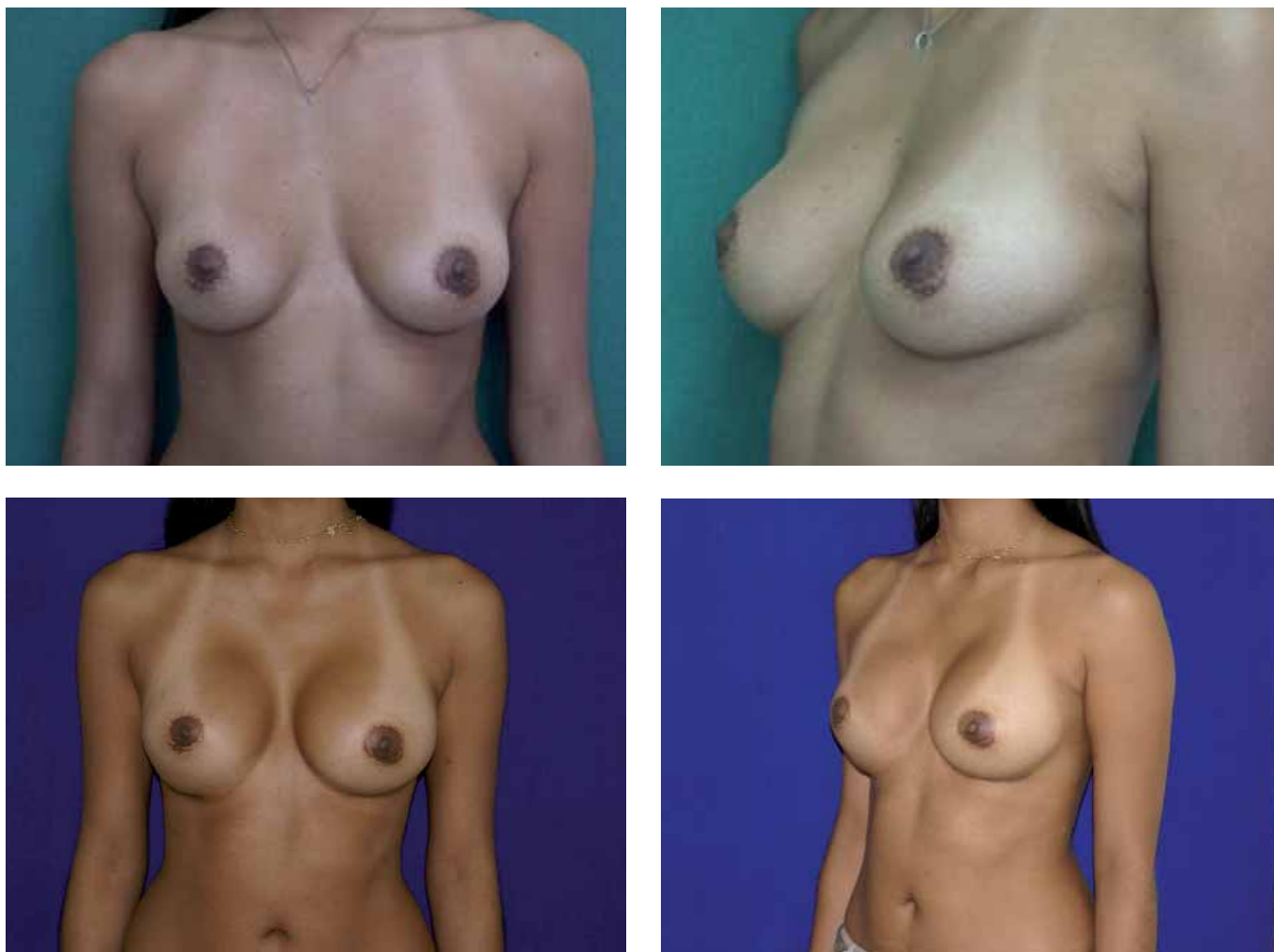


Fig. 6: Paciente de 25 años de edad, que solicita cambio de implantes mamarios (tenía implantes biodimensionales de 195 cc). Se colocan implantes biodimensionales de 295 cc.

submamario deseado se repara con nylon 3-0 para formar el zócalo fascial (11) en la posición deseada (Fig.3). Se deja un drenaje delgado por donde, tras el cierre, se introducen 10 cc de la solución anestésica para reducir las molestias postoperatorias y reducir la necesidad de analgésicos de manera inmediata. Habitualmente retiramos el drenaje el mismo día de la intervención, o al día siguiente (Fig.4).

## Material y método

La variante técnica que describimos, fue realizada en un grupo seleccionado de 15 pacientes que reunían la condición de tener un panículo adiposo torácico anterior muy delgado. En todos los casos, se explicó en detalle la variante del plano de la cavidad de implantación propuesta, hasta su comprensión detallada y aceptación completa por parte de las pacientes.

El promedio de edad de este grupo de pacientes fue de 31 años, con un rango de 23 a 40 años. El Índice de Masa Corporal (IMC) promedio fue de 21.1 dentro de un rango de 18.6 a 23.7; 13 de las 15 pacientes (86%)

se mantenían en rutina de gimnasia. A excepción de una paciente nulípara y otra con 4 partos, la mayoría de las pacientes (86%) eran multíparas de 2-3 partos, con hipoplasia mamaria involucional (Fig.5).

El volumen de implante más frecuentemente utilizado fue de 280cc; todos ellos fueron de superficie texturizada, rellenos de gel cohesivo y el 66% (10 de las 15 pacientes) fueron de tipo anatómico. En 2 pacientes realizamos mastopexia asociada. En 12 casos la implantación fue primaria y en 3 fue secundaria; los casos de reimplantación fueron exclusivamente por aumento adicional del volumen primariamente implantado (Fig.6). Todas las pacientes fueron intervenidas bajo anestesia local infiltrativa y sedación intravenosa a demanda (Fig.7).

Tomando en cuenta que en el momento de recopilar datos para este artículo presentamos una serie corta de 15 pacientes, no hemos encontrado ninguna de las complicaciones habituales en la colocación de implantes: hematoma, seroma, infección ni dehiscencia de herida de abordaje. Debido a los objetivos del estudio, determinamos que un seguimiento de 4 a 9 meses era

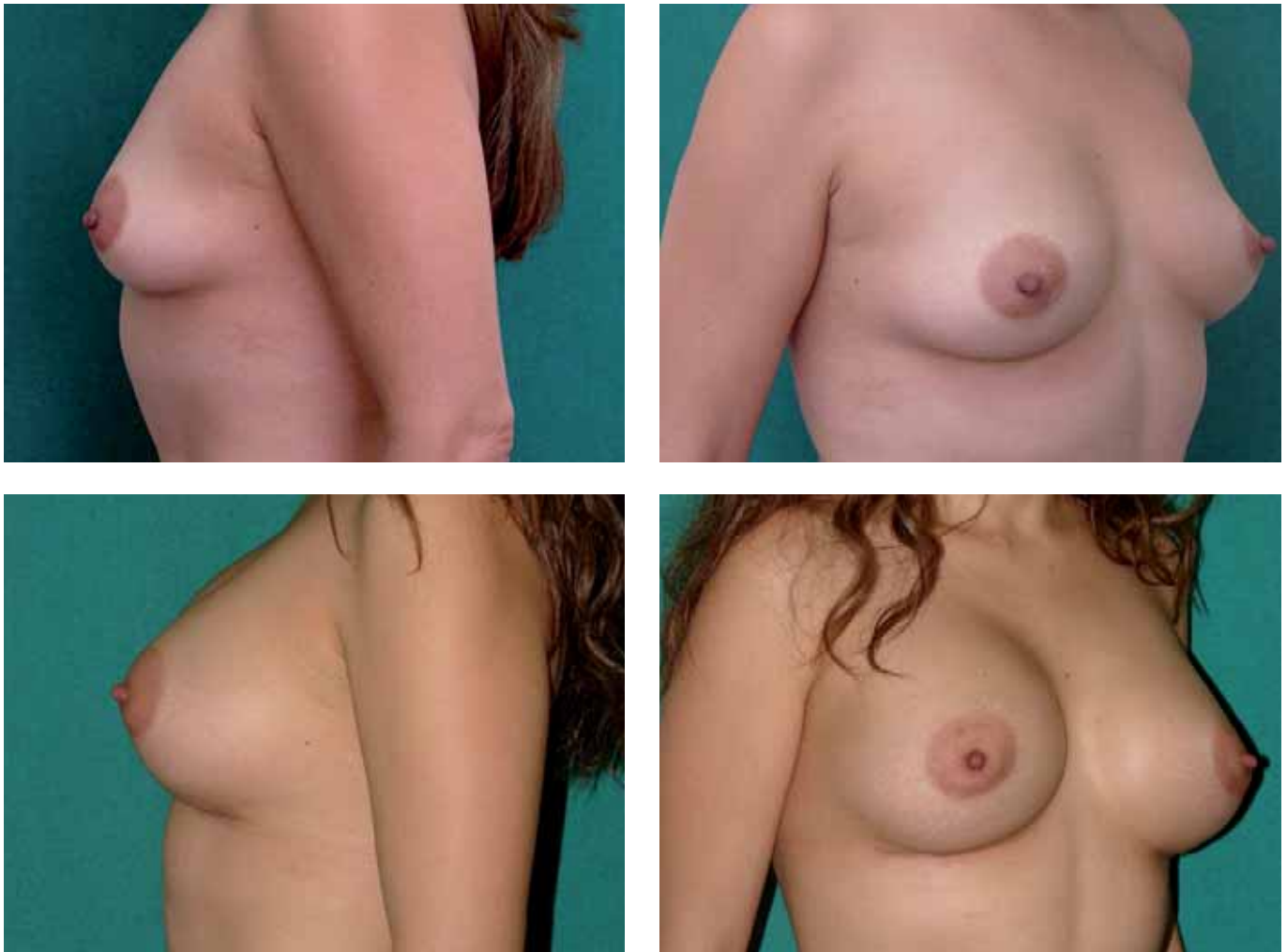


Fig. 7. A y B: Paciente de 40 años de edad que solicita aumento mamario proporcional. C y D: Postoperatorio con implantes anatómicos de proyección moderada, de 280 cc.

suficiente para determinar la presencia de indentaciones, formación de banda constrictiva deformidad del contorno mamario o desplazamiento cefálico de los implantes, ya que resulta habitual que estos problemas aparezcan de forma temprana, cuando se reduce el edema postoperatorio propio de las primeras 2-4 semanas. Ninguna de las pacientes de nuestro estudio desarrolló en el postoperatorio indentaciones, formación de banda constrictiva, ni deformidad del contorno mamario durante la contracción forzada del pectoral. Como era de esperar, tampoco encontramos movilidad cefálica del implante con la contracción del pectoral, ya desprovisto de acción en su porción caudal.

## Discusión

El aumento mamario con implantes, ciertamente requiere el seguimiento de una rutina protocolizada y detallada, que conlleve un control estricto del riesgo operatorio individual de cada paciente, tanto por las particularidades ya conocidas del procedimiento como por la situación clínica de las pacientes. Como la intervención habitualmente se realiza en mujeres

jóvenes, con una alta expectativa de conservación del bienestar quirúrgicamente obtenido y el deseo inherente de mantener el resultado a largo plazo, es necesario tomar en alta consideración el resultado derivado de las modificaciones anatómicas y fisiológicas del procedimiento, así como de aquellas que ocurrirán adicionalmente durante el transcurso del resto de la vida de las pacientes.

En nuestro trabajo, describimos una nueva experiencia clínica utilizando un plano “híbrido” de disección de la cavidad de implantación, que por sí solo reúne lo mejor de las tres opciones tradicionales empleadas. Esta novedosa opción presenta una cavidad que cefálicamente es retropectoral y caudalmente es subfascial, lo que constituye una verdadera respuesta realista, anatómica y fisiológicamente tan lógica como acertada. Representa también una simplificación anatómica y funcional de un procedimiento que así lo requiere. El tiempo operatorio y la dificultad técnica se reducen considerablemente cuando se obvia la desinserción pectoral inferior anterior y medial; recordamos que la desinserción inferior, medial y anterior de las fibras de la porción caudal del

músculo pectoral no deja de tener dificultades, por lo que se produce una simplificación técnica al no ser necesaria la disección acostumbrada. Sin embargo consideramos que la principal ventaja de la disección subfascial inferior no es primariamente a efectos de cobertura del implante, sino de mantener la cavidad de implantación anatómicamente separada del plano de ruta de los linfáticos mamarios, por el riesgo de contaminación periprotésica y las secuelas conocidas que conlleva (12).

Es muy probable que la mala posición de los implantes se reduzca al limitar los vectores de movilidad por contracción muscular por la diferente disección y cobertura empleados. La posición del implante detrás de la porción cefálica del músculo pectoral tiene como única acción de influencia la presión en sentido caudal, sin la capacidad de deformación y desplazamiento cefálico del implante, además del beneficio que supone la naturalidad del aspecto resultante en la parte alta del busto. Adicionalmente, la desfuncionalización de la porción caudal del músculo pectoral se produce por denervación al separar las fibras en un sentido que es perpendicular al trayecto de la inervación motora que se dirige hacia la porción más caudal del músculo pectoral. Con la desfuncionalización de la porción caudal del músculo pectoral no se encontró efecto deletéreo en la fuerza de contracción muscular, sin embargo resultó muy evidente el beneficio obtenido tanto para la ejecución técnica del procedimiento como sobre la dinámica del implante intracavitario.

## Conclusiones

El principal fundamento de la técnica presentada es el respeto a la anatomía de los linfáticos de ubicación suprafascial, creando a la vez una cavidad de implantación con menor riesgo, aprovechando el efecto favorable de la porción cefálica del pectoral y evitando el efecto desfavorable que sobre el implante tiene la porción caudal del músculo pectoral.

Como en toda comunicación temprana de alternativa novedosa, es necesario realizar estudios adicionales

y valoraciones comparativas a medio y largo plazo; sin embargo, la simplificación técnica encontrada y los resultados obtenidos, inducen a pensar que la variante presentada reúne lo mejor de las cualidades de las técnicas a que estamos acostumbrados, puede reducir de manera importante la morbilidad para las pacientes y aumentar la seguridad del procedimiento quirúrgico.

## Dirección del autor

Dr. Guillermo Peña Cabús  
Centro de Cirugía Plástica  
23 Ave. S.O. # 23  
San Pedro Sula, Honduras.  
e-mail: gpcbiomat@plasticsurgeryhn.com

## Bibliografía

1. **Graf R.M., Bernardes A., Auersvald A. y Damasio R.C.C.:** "Subfascial endoscopic transaxillary augmentation mammoplasty." *Aesthetic Plast. Surg.* 2000; 24:216.
2. **Graf R.M., Bernardes A., Rippel R., Aruajo L.R., Damasio R.C.C., Auersvald A.:** "Subfascial breast implant: A new procedure". *Plast. Reconstr. Surg.* 2003; 111(2):904.
3. **Benito-Ruiz J.:** "Subfascial breast implant". *Plast. Reconstr. Surg.* 2004; 113(3):1088.
4. **Benito-Ruiz J.:** "Aumento mamario transaxilar subfascial/sublandular" *Cir plást. iberolatinoam.* 2006, 31 (1): 47.
5. **Wuringer E., Mader N., Posch E., Holle J.:** "Nerve and vessel supplying ligamentous suspension of the mammary gland." *Plast Reconstr. Surg.* 1998; 101:1486.
6. **Jinde L., Jiangliang S., Xiaoping C., Xiaoyan T., Jiaqing L., Qun M., y Bo L.:** "Anatomy and clinical significance of pectoral fascia." *Plast. Reconstr. Surg.* 2006; 118(7):1557.
7. **Tebbetts J.B.:** "Does fascia provide additional, meaningful coverage over a breast implant." *Plast. Reconstr. Surg.* 2004; 113(2): 777.
8. **Góes J.C. Landecker A.:** "Optimizing outcomes in breast augmentation: seven years of experience with the subfascial plane." *Aesthetic Plast Surg.* 2003; 27(3) 178.
9. **Ventura O.D., Marcello G.A.:** "Anatomic and physiologic advantages of totally subfascial breast implants." *Aesthetic Plast Surg.* 2005;29(5):379.
10. **Peña Cabús G.:** "Influencia de las cargas triboeléctricas y de la contaminación sintomática de los implantes." *Cir. plást. iberolatinoam.*, 2007; 33 (4): 209.
11. **Ventura O., Marino H., Marcello G. et al.:** "Un zócalo como soporte del implante mamario". *Cir plást. iberolatinoam.* 2007; 33 (1): 31.
12. **Peña Cabús G.:** "El proceso de curación efectiva en heridas y lesiones contaminadas. Racionalización de las alternativas de tratamiento en la actualidad" *Rev. Med, Hond* 2003; 71: 143.



## Comentario al trabajo «Colocación transpectoral superior de implantes mamarios. Relevancia técnica y anatómica»

Dr. Omar Darío Ventura  
Cirujano Plástico. Buenos Aires. Argentina

Con gran satisfacción recibí para comentar el trabajo del colega de Honduras Dr. Peña Cabús titulado “Colocación transpectoral superior de implantes mamarios, relevancia técnica y anatómica”.

El concepto de una cobertura bi-planal está por el autor ampliamente desarrollado, con lujo de detalles técnicos y ventajas en su aplicación. Son consideraciones que comparto en general y que ponen de manifiesto las coincidencias científicas entre profesionales que aún a la distancia arriban a la misma idea. (1)

La mama presenta cambios dinámicos en su estructura a través del tiempo en diversos aspectos. Puede verse alterada la forma, volumen, calidad tisular, por fenómenos que ocurren con o sin implantes. Las prótesis de silicona como elemento en sí mismo no varían su forma, textura, consistencia, ni volumen.

Las pacientes sometidas a una mastoplastia de aumento sufren estos cambios dinámicos en su cobertura por eventos como adelgazamiento, embarazos, lactancias, etc. La valoración preoperatoria de los tegumentos mamarios es fundamental para la elección primaria del plano de implantación, y de esto nos hemos ocupado en los últimos años, concordando con Peña en las virtudes anatómico-fisiológicas del plano subfasial. También es muy importante acompañar los cambios dinámicos con una indicación técnica quirúrgica que los contemple. La “Colocación transpectoral superior de implantes” puede ser un inteligente recurso que aporta una doble cobertura, muscular superior y subfasial inferior.

Un precursor en este doble plano (submuscular-subfasial) con el objetivo de corregir los efectos de doble burbuja fue Baxter (2). La publicación de Umar Daraz Kahn (3) contempla el uso de una franja o porción menor de músculo pectoral en el sector cefálico del bolsillo, pero el resto de la prótesis yace por encima de la fascia en un plano subglandular (no subfasial).

Intuimos que el menor efecto de “Mama Dinámica” a la contractura del músculo pectoral mayor se debe a conservar la continuidad

de la aponeurosis y sus inserciones costales y esternales, acotando de esta forma su desplazamiento. Detalle técnico posible, aún en aquellos casos donde se libera el músculo para ampliar el espacio protésico en sentido caudal, manteniendo siempre un plano subaponeurótico. Estos conceptos están basados en ideas de colegas de Ibero-latinoamérica (4) que nos permitieron observar el efecto de zócalo de apoyo del plano subfasial en el sector caudal del bolsillo, bien señalado en el artículo.

Introducir en las conclusiones la importancia de mantener indemnes las estructuras linfáticas, es sustancial y poco considerado habitualmente. Esto redundará en menor índice de seromas y edema.

Tomando palabras de una respetada colega y editora de esta revista, muchas veces “bebemos de la misma fuente”, por lo cual las ideas se presentan contemporáneamente, afirmando conceptos, sumando experiencias y aquilatando el respeto científico entre profesionales.

Felicitaciones estimado Dr. Guillermo Peña Cabús. El debate está abierto y el tiempo será testigo de nuestros aciertos o de nuestras correcciones.

### Bibliografía

1. Ventura O, Rosati R., Marino H., Marcello G.: “Mamoplastia de aumento en doble plano: Una alternativa subfasial en la optimización de las indicaciones”. *Cir. plást. Ibero-latinoam.* 2008, 34 (4): 249
2. Baxter R.: “Subfasial Breast Augmentation: Theme and Variations”. *Aesthetic Surgery Journal*, 2005 (Sept): 447.
3. Umar D. Khan.: “Muscle-Splitting Breast Augmentation: A New Pocket in a Different Plane”. *Aesthetic Plast. Surg.* 2007, 31 (5): 553.
4. Millán Mateo, J., Vaquero Pérez, M M.: “Nuestra Técnica de Aumento Mamario con descenso Asimétrico del Surco Submamario”. *Cir. plást. Ibero-latinoam.* 2002, 28 (1): 11.

## Respuesta al comentario del Dr. Omar Darío Ventura

Dr. Guillermo Peña Cabús

Agradezco de manera muy sincera, los comentarios concordantes del Dr. Omar Ventura de Buenos Aires. La intención original de compartir la experiencia clínica encontrada al crear una cavidad de implantación utilizando un doble plano, o mejor dicho una combinación de planos ya muy bien conocidos, se debió a los beneficios que de inmediato fueron notados. Sin embargo, el haber hecho énfasis en el análisis de los cambios anatómicos resultantes y sus consecuencias fisiológicas, permitió encontrarle a la técnica una dimensión en un plano de evidente mayor nivel de relevancia. El hecho de que una paciente nos solicite que se le coloquen implantes mamarios de aumento, también lleva implícito el uso simultáneo de nuestras destrezas quirúrgicas para preservar estructuras necesarias. Las vías linfáticas han sido objeto de menor alusión en la literatura de nuestra especialidad, sin embargo es apropiado tenerlas muy en cuenta por razones de mucho peso. Una de ellas es la consideración con relación a la amplitud de disección y a las alteraciones posibles de la anatomía de los linfáticos, que frecuentemente pueden ocurrir en nuestros procedimientos. Adicionalmente, el mantener planos de disección claramente fuera de las vías linfáticas procedentes de la glándula mamaria y que transcurren hacia la axila en un plano prepectoral, se

traduce en la posibilidad de contacto entre el inóculo infeccioso de la microbiología colonizante de la glándula y la cavidad de implantación. Una tercera razón para preservarlos es que, ante la tendencia en alza del cáncer mamario pudiera agregarse un argumento de riesgo adicional si por un procedimiento se producen patrones y rutas de diseminación diferentes a lo anatómicamente anticipado en condiciones normales.

Ahora con una experiencia de mayor casuística, las conclusiones estructuradas en la publicación se mantienen inalteradas de manera uniforme. Gradualmente se ha simplificado la rutina en términos de menor tiempo operatorio y facilidad de ejecución del procedimiento.

Las discretas variantes técnicas desarrolladas que pudieran encontrarse entre ambas experiencias, seguramente servirán para nutrir un entusiasmo y participación mayor, que sin duda será de beneficio común en mastoplastias de aumento.

Quiero agradecer de manera muy especial a la editora de esta Revista por haber seleccionado para la revisión de mi artículo a un cirujano de mente inquieta y acuciosa, que nos ha beneficiado con sus múltiples aportes de gran valor en cirugía de la mama. Omar, agradezco mucho tus comentarios.