Original /Técnica quirúrgica

MAMA

RECONSTRUCTIVA

Reconstrucción mamaria inmediata en pacientes con aumento mamario previo: cobertura total del implante con colgajo capsular retropectoral

Immediate breast reconstruction in patients with prior augmentation mammoplasty: total coverage of the implant with retropectoral capsular flap

Benito Duque, P.

Pablo BENITO DUQUE*, Miguel GÓMEZ BRAVO**, Ana DE JUAN HUELVES***
Belén MAZARRASA MARAZUELA***, Laura GUTIÉRREZ ROCA**

Resumen

Abstract

Introducción y Objetivo. La reconstrucción mamaria inmediata en la paciente portadora de prótesis de aumento difiere en su planteamiento respecto al resto de pacientes.

Presentamos nuestra experiencia en reconstrucción mamaria inmediata en pacientes portadoras de prótesis de aumento y sometidas a mastectomía conservadora de piel, mediante implante protésico definitivo asociado a una novedosa técnica de colgajo capsular periprotésico.

Material y Método. Entre diciembre de 2014 y febrero de 2016 seleccionamos las pacientes con cáncer de mama que previamente eran portadoras de prótesis mamarias de aumento y que fueron sometidas a mastectomía conservadora de piel. Excluimos los implantes de menos de 1 año, los subglandulares, las contracturas III y IV, las roturas protésicas, las pacientes fumadoras y las subsidiarias de radioterapia. El periodo mínimo de seguimiento fue de 1 año. Valoramos el resultado estético y las complicaciones: contractura, seroma, hematoma e infección.

La mastectomía preservó la cápsula periprotésica, quedando el nuevo implante cubierto en su polo inferior por la cápsula retropectoral previamente abatida y en su polo superior por el músculo pectoral mayor.

Resultados. Seleccionamos 4 pacientes, con edad media 44 años. El volumen medio de los implantes fue de 410 cc. Tras el periodo de seguimiento (17 meses de media) ninguna paciente sufrió complicaciones mayores y los resultados estéticos fueron satisfactorios, sin contractura capsular.

Conclusiones. El colgajo capsular retropectoral permite crear un plano independiente del subcutáneo. Es de fácil realización y consigue un buen resultado estético y seguro. No obstante, son datos preliminares que requieren un mayor seguimiento y un mayor número de pacientes para tener mayor validez.

Background and Objective. The increasing number of previously augmented patients undergoing a mastectomy and the special features of these patients requires the use of a specific approach for breast reconstruction in this setting.

We present our experience with the following capsuloplasty technique, achieving total coverage of the implant using the previously formed capsule, in previously subpectoral augmented patients undergoing skin-sparing mastectomy and immediate reconstruction.

Methods. From December 2014 to February 2016 we performed our technique in selected previously augmented patients who underwent a skin-sparing mastectomy. We excluded those patients having the implants for less than a year, subglandular placement, capsular contracture grades III and IV, broken implants, smoker patients and those who were going to receive radiotherapy. The minimum follow-up period was 1 year. We measured the aesthetic result and complications such as capsular contracture, seroma, hematoma and infection.

The skin-sparing mastectomy must preserve periprosthetic capsule. The lower pole of the new implant will be covered with the previously folded retropectoral capsule and the superior pole with the pectoralis major.

Results. Four patients were selected, mean age was 44 year-old, and mean volume of the new implant placed was 410cc. After the follow-up period (mean of 17 months) no patient suffered any major complications and no capsular contracture was identified, achieving satisfactory aesthetic results.

Conclusions. The use of a retropectoral capsular flap creates an independent plane below the subcutaneous. It is an easy and safe technique that achieves a pleasing aesthetic result. Nevertheless, we present preliminary results and more studies are needed with a longer follow-up as well as a larger number of patients to achieve more validity.

Palabras clave Aumento mamario, Implantes mamarios, Cáncer mama, Reconstrucción mamaria, Cápsula periprotésica, Capsuloplastia.

Nivel de evidencia científica 4c Terapéutico
Recibido (esta versión) 20 enero/2019
Aceptado 4 marzo/2019

Key words Breast augmentation, Breast implants, Breast cancer, Breast reconstruction, Periprosthetic capsule, Capsuloplasty.

Level of evidence 4c Therapeutic
Received (this version) 20 January/2019
Accepted 4 March/2019

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener ningún interés financiero relacionado con el contenido de este artículo.

Financiación: No hubo fuentes externas de financiación para este trabajo.

* Especialista en Cirugía Plástica, Jefe de Servicio

** Médico Residente

*** Especialista en Cirugía Plástica, Médico Adjunto

Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

Introducción

La mamoplastia de aumento es una de las técnicas quirúrgicas más frecuentemente llevada a cabo en la Cirugía Estética. Su número va en aumento, y por lo tanto, el número total de pacientes portadoras de prótesis de mama también. Por otra parte, sabemos que 1 de cada 8 mujeres padecerá un cáncer de mama a lo largo de su vida. Teniendo en consideración estos dos hechos, observamos que existe una población de mujeres que se encontrarán en unas circunstancias diferenciadas respecto al resto en el manejo del cáncer de mama y su reconstrucción, especialmente en la reconstrucción mamaria inmediata (RMI).^(1,2)

Con frecuencia se trata de pacientes más jóvenes, con índice de masa corporal menor, mayor porcentaje de fumadoras, mayor aceptación de utilización de prótesis, y escaso volumen mamario. También es habitual que tengan unas mayores expectativas respecto al resultado de la reconstrucción mamaria.⁽³⁾ En estas pacientes, debido a su menor volumen mamario, las mastectomías parciales provocan una mayor distorsión; y si asociamos radioterapia (RT) a una tumorectomía o cuadrantectomía, conservando el implante mamario, sabemos que la posibilidad de desarrollar una contractura capsular es elevada.

Además, las pacientes deben saber que el tratamiento conservador, manteniendo el implante, con frecuencia consigue un resultado que dista bastante del que se espera de una cirugía estética. Por lo tanto, la mastectomía conservadora de piel (MCP) con extracción del implante, seguida de RMI, se ha convertido en una de las opciones más atractivas para la mayor parte de las pacientes que presentan cáncer de mama y aumento previo,⁽³⁾ cuando por el estadio del tumor deben optar entre tumorectomía asociada a RT o mastectomía.

Algunos autores aconsejan la reconstrucción en dos tiempos quirúrgicos con la utilización inicial de expansores.⁽⁴⁾ Actualmente hay una amplia aceptación del uso de matrices dérmicas acelulares (MDA) para reforzar el polo inferior mamario y llevar a cabo la reconstrucción en un solo tiempo.^(5,6) Otros autores han presentado trabajos basados en la utilización de capsulotomías, capsuloplastias o injertos de cápsula para solucionar los problemas de cobertura de la prótesis y posibilitar la RMI evitando el uso de MDA o de expansores.⁽⁷⁻¹⁰⁾

El presente trabajo revisa la experiencia de los autores en RMI para las pacientes previamente sometidas a aumento mamario con implantes después de una MCP, con o sin conservación del complejo areola-pezones, utilizando implantes anatómicos definitivos en combinación

con una técnica que utiliza un colgajo capsular retropectoral periprotésico que permite el soporte y la cobertura total de la prótesis.

Material y método

Entre diciembre de 2014 y febrero de 2016, hemos seleccionado a todas las pacientes con cáncer de mama que previamente eran portadoras de prótesis mamarias por aumento y que, valoradas por el Comité de Patología Mamaria de nuestro hospital, fueron candidatas a MCP pudiendo conservar la cápsula periprotésica. Todas ellas dieron su consentimiento para la participación en el estudio y la publicación de sus fotografías.

Excluimos las pacientes con implantes de menos de 1 año, los implantes colocados en plano subglandular, los casos de contractura capsular grados III y IV, las roturas protésicas, las pacientes fumadoras y aquellas subsidiarias de RT.

El periodo mínimo de seguimiento postoperatorio establecido para inclusión en el estudio fue de 1 año.

Valoramos el resultado estético y las complicaciones, principalmente: contractura, seroma, hematoma e infección.

Técnica quirúrgica

La técnica quirúrgica fue aprobada por el Comité de Patología Mamaria de nuestro centro hospitalario.

Todas las pacientes recibieron profilaxis antibiótica.

La mastectomía debe preservar el tejido periprotésico intacto (Fig. 1). Realizamos la disección submuscular entre el músculo pectoral mayor y la cápsula periprotésica en su superficie anterior, con especial cuidado para mantener íntegra la cápsula (Fig. 2A).

Una vez levantado el músculo pectoral mayor, realizamos una capsulotomía hemicircunferencial superior en el borde de repleción cefálico de la cápsula, para a continuación abatirla inferiormente (Fig. 2B). Calculamos el volumen aproximado del nuevo implante sumando el volumen de la prótesis previa al volumen de tejido mamario resecado, y haciendo comprobación intraoperatoria mediante el medidor del volumen final que mejor se adapte a la reconstrucción.

A continuación, introducimos el nuevo implante y lo cubrimos en su polo inferior con la cápsula previamente abatida y en su polo superior por el músculo pectoral mayor (Fig. 2C). Suturamos la cápsula al borde inferior del músculo pectoral mayor, cubriendo por completo el nuevo implante (Fig. 2D). Cerramos por planos dejando 2 drenajes aspirativos a vacío, uno en el plano subcapsular y otro en el subcutáneo, que mantenemos hasta que el débito es inferior a 30 cc tras 2 días consecutivos.

Figura 1.

A. Dibujo preoperatorio: cápsula periprotésica en rojo. Línea de puntos rojos mostrando el área retropectoral de la cápsula.

B. Imagen postmastectomía.

C. Despegamiento del músculo pectoral mayor de la cápsula periprotésica. Flecha señalando el nivel de realización de la capsulotomía, por donde será extraída la prótesis.

D. Prótesis extraída por capsulotomía en pliegue superior.

E. Cápsula periprotésica retropectoral desplegada caudalmente hasta el borde del músculo pectoral mayor.

F. Colocación del nuevo implante bajo el músculo pectoral mayor y la cápsula periprotésica

Resultados

Llevamos a cabo reconstrucción mamaria mediante la técnica descrita en 4 pacientes durante el periodo de estudio. La edad media fue de 44 años (máxima de 61 y mínima de 34). El volumen medio de los implantes utilizados fue de 410 cc (máximo de 520 y mínimo de 375).

Tras un periodo de medio de seguimiento de 17 meses (máximo de 22 y mínimo de 12), ninguna paciente sufrió complicaciones mayores, considerando como tales hematoma, seroma o infección, no se desarrolló contractura capsular en ningún caso y no fue preciso reintervenir a ninguna de las pacientes por complicaciones o para mejorar el resultado estético, considerado por las pacientes como equiparable a la mama contralateral portadora de la prótesis para aumento (Fig. 3).

En una de las pacientes apreciamos pliegues (*rippling*) en el polo superior, área cubierta por el músculo pectoral mayor. Consideramos que esto fue secundario al adelgazamiento del colgajo cutáneo por la mastectomía, pero sin relación con el área reconstruida con el colgajo capsular (Fig. 4).

Discusión

La cobertura de la porción inferior del implante en reconstrucción de mama es aún un tema controvertido, especialmente cuando se realiza una RMI aloplástica en un solo tiempo quirúrgico tras la mastectomía ahorradora de piel.

Están descritas un gran número de técnicas para solventar este problema.⁽⁷⁻¹²⁾ Recientemente, el uso de MDA ha conseguido aportar mayor soporte al polo inferior mamario, demostrándose la buena adecuación del tejido y poniendo en evidencia la existencia de neovascularización en los exámenes histológicos. Pese a los buenos resultados obtenidos con este producto, su elevado coste y la aparición de complicaciones dificultan su uso estandarizado.⁽⁷⁾

Otros autores han recurrido a la utilización del tejido periprotésico, empleando la cápsula como injerto o en forma de colgajos. Sin embargo, ninguno de los trabajos que hemos podido revisar permite la cobertura de la prótesis por dos planos de tejido totalmente independientes.^(6,7)

Figura 2. Imágenes intraoperatorias: surco inframamario a la izquierda de la imagen, músculo pectoral mayor disecado y elevado de la cápsula periprotésica a la derecha.

A. Cápsula cubriendo la prótesis. Pinza de disección señalando el inicio de la capsulotomía en el borde cefálico.

B. Músculo pectoral mayor elevado. Cápsula periprotésica desplegada inferiormente después de haber realizado la capsulotomía en la mitad cefálica de la cápsula.

C. Cápsula y músculo pectoral mayor evertidos para mostrar la nueva prótesis.

D. Sutura de la cápsula al músculo pectoral mayor para permitir la cobertura total de la prótesis.

Figura 3. Paciente de 34 años. Prótesis por aumento mamario 7 años antes.

Superior. Preoperatorio. Inferior. Postoperatorio al año tras mastectomía conservadora de piel con reconstrucción inmediata mediante la técnica descrita y colocación de implante mamario anatómico de alto perfil de 370 cc.

La técnica que presentamos recurre a la utilización de un tejido cada vez más valorado, la cápsula periprotésica, pero de una zona y en una extensión que, en base a la búsqueda bibliográfica realizada (hemos revisado en: Scopus y PubMed empleando las palabras clave: *breast augmentation, breast cancer, breast reconstruction, capsule, capsulotomy, implants*), no hemos hallado descrita con anterioridad, como es el área retropectoral. Esto nos ha permitido diseñar un amplio colgajo que facilita la total cobertura del polo inferior de la prótesis, permitiendo la RMI en un único tiempo quirúrgico. Técnicamente es simple de realizar, prolonga la intervención solo unos 15 minutos más y obtiene dos planos completamente diferenciados. La prótesis descansa sobre el colgajo capsular, liberando a los colgajos cutáneos de posibles tensiones que pudieran comprometer su viabilidad (Fig. 1 y 2).

La presencia de pliegues en el polo superior de la mama (*rippling*), presente en una de nuestras pacientes, consideramos que puede mejorar mediante infiltrado graso, de la misma forma que se hace en otras pacientes con reconstrucción protésica. Al estar cubierta la prótesis por el músculo pectoral mayor en su polo superior, presenta un menor riesgo de rotura de la prótesis durante esta maniobra. Sin embargo, en nuestro caso, la paciente presentada rechazó llevar a cabo esta nueva cirugía.^(13,14)

Entre las contraindicaciones para utilizar esta técnica incluimos a aquellas pacientes con contractura capsular periprotésica grados III-IV o con implantes rotos, en las que optamos por realizar una capsulectomía completa. Igualmente descartamos su realización en pacientes que se hayan sometido a aumento mamario protésico en el año anterior a la mastectomía por considerar que la cápsula puede carecer de la mínima resistencia necesaria a la tracción.

Analizamos como un punto débil de nuestro trabajo el escaso número de pacientes recogidas. Esto se debe a que los criterios de selección que seguimos son necesariamente restrictivos. Las pacientes con aumento mamario previo mediante prótesis son un pequeño subgrupo dentro de las afectadas por cáncer de mama, grupo que al aplicar los criterios de exclusión indicados se reduce aún más.

Aunque nuestro estudio debe ser valorado como preliminar, los resultados obtenidos en nuestras pacientes creemos que justifican la presentación de nuestra experiencia hasta la fecha al poder aportar nuevas ideas en el tratamiento reconstructivo postmastectomía, con una baja tasa de complicaciones y un resultado estético satisfactorio (Fig. 3 y 4). Teniendo en consideración que en la realización de la técnica presentada recurrimos a la

Figura 4. Paciente de 46 años con mastopexia y aumento mamario subpectoral 10 años antes. Superior. Preoperatorio. Inferior. Postoperatorio al año tras mastectomía conservadora de piel con reconstrucción inmediata mediante la técnica descrita y colocación de implante mamario anatómico de alto perfil de 410 cc. Obsérvese el *rippling* en el polo superior, área cubierta por el músculo pectoral mayor.

Bibliografía

utilización de prótesis mamarias anatómicas, así como de la cápsula periprotésica, nuestra actitud ante el linfoma anaplásico de célula grandes asociado a implantes mamarios (LACG-AIM) es la misma que seguimos para con el resto de nuestras pacientes. Siguiendo las recomendaciones de las agencias sanitarias, en pacientes que presenten seroma tardío o masa asociada a la prótesis, procedemos a la punción guiada por ecografía del seroma y/o al estudio anatomopatológico de las posibles tumoraciones asociadas a la cápsula o de los ganglios. Si cuando llevamos a cabo la técnica de reconstrucción descrita no encontramos ningún hallazgo de sospecha de LACG-AIM, no biopsiamos la cápsula por no considerar que esté justificado.⁽¹⁵⁻¹⁷⁾

Conclusiones

La utilización de la cápsula periprotésica disecada de la superficie posterior del músculo pectoral mayor, permite la realización de un amplio colgajo que dará cobertura y soporte a la prótesis mamaria en su polo inferior, consiguiendo un bolsillo músculo-cápsular totalmente cerrado e independiente del plano subcutáneo.

Se trata de una técnica segura, de fácil realización y los resultados estéticos obtenidos son comparables a la mama no reconstruida. No obstante, se trata de una aportación de datos preliminares que sin duda requieren un mayor tiempo de seguimiento así como un mayor número de pacientes para obtener mayor validez.

Dirección del autor

Dr. Pablo Benito Duque
Servicio de Cirugía Plástica
Hospital Universitario Ramón y Cajal
Ctra. Colmenar Viejo km 9,100
28034 Madrid, España
Correo electrónico: pbenitoduque@gmail.com

1. ISAPS Global Statistics. org
2. De Santis C., Ma J, Bryan L. et al. Breast cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2014;64:52-62.
3. Birtchnell S., Whitfield P., Lacey JH. Motivational factors in women requesting augmentation and reduction mammoplasty. *J Psychosom Res.* 1990;34: 509-514.
4. Moretti, E. Uso de expansores tisulares a modo de soporte cutáneo: presentación de un nuevo dispositivo. *Cir. plást. iberolatinoam.*, 2015, 41 (1): 21-32.
5. Suárez-Oyhamburú, DL., Escobar-Ugarte, RA. Uso de matriz dérmica autóloga en reconstrucción mamaria, un recurso accesible. *Cir. plást. iberolatinoam.*, 2018, 44(2):169-176.
6. Aguilera-Sáez, J. et al. Experiencia en reconstrucción mamaria inmediata con implante y matriz acelular de pericardio bovino tras mastectomía ahorradora de piel. *Cir. plást. iberolatinoam.*, 2015, 41(4): 385-392.
7. Carlson GW., Moore B., Thornton JF. et al. Breast cancer after augmentation mammoplasty: treatment by skin-sparing mastectomy and immediate reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2001;107:687-692.
8. Ron I. Complications of Acellular Dermal Matrices in Breast Surgery *Plast Reconstr Surg.* 2012. Supplement 159S-172S.
9. Mayer HF., Loustau HD. Capsular Grafts and Flaps in Immediate Prosthetic Breast Reconstruction. *Aesth Plast Surg.* 2014; 38:129-138.
10. Salgarello M., Rochira D, Barone-Adesi L. et al. Immediate Breast Reconstruction After Skin-or Nipple-Sparing Mastectomy for Previously Augmented Patients: A Personal Technique. *Aesth Plast Surg* 2012; 36:313-322.
11. Dávalos-Dávalos, P., Ramírez-Rivera, J.I. and Dávalos-Dávalos, P.A. Colgajos de pectoral mayor y oblicuo externo para cobertura de expansores y/o prótesis en reconstrucción postmastectomía. *Cir. plást. iberolatinoam.*, 2015, 41 (1): 33-39.
12. Martí Toro, E. et al. Un reto en reconstrucción mamaria. *Cir. plást. iberolatinoam.*, 2012, 38(1): 01-07.
13. Cervilla Lozano, J.M. Lipoestructura y relleno del polo superior de la mama frente a implantes. *Cir. plást. iberolatinoam.*, 2012, 38(3):229-237.
14. Serra Renom, J.M. Inyección de grasa en la cirugía mamaria. *Folia Clínica en Obstetricia Ginecológica.* 2009; 75:49.
15. Clemens MW, Brody GS, Mahabir RC, Miranda RN. How to Diagnose and Treat Breast Implant-Associated Anaplastic Large Cell Lymphoma. *Plast. Reconstr. Surg.*, 2018, 141: 586e-599e.
16. U.S. Food and Drug Administration. Anaplastic large cell lymphoma (ALCL): Preliminary FDA findings and analyses. Available at: www.fda.gov/MedicalDevices/ProductsandMedicalProcedures/ImplantsandProsthetics/BreastImplants/ucm239996.htm. Accessed March 20, 2017.
17. U.S. Food and Drug Administration. Anaplastic large cell lymphoma (ALCL) in women with breast implants: Medical device reports of breast implants in women with ALCL. Available at: <https://www.fda.gov/MedicalDevices/ProductsandMedicalProcedures/ImplantsandProsthetics/BreastImplants/ucm239995.htm>. Accessed January 17, 2018.

Comentario al artículo “Reconstrucción mamaria inmediata en pacientes con aumento mamario previo: cobertura total del implante con colgajo capsular retropectoral”

Darío L. SUÁREZ OYHAMBURÚ

Especialista en Cirugía Plástica, Clínica Niño Jesús Dos, Santa Cruz de la Sierra, Bolivia.

Presidente del Comité de Redacción de la Revista Boliviana de Cirugía Plástica.

Es un grato honor poder realizar un comentario sobre el trabajo del Dr. Benito y col. al respecto de un tema tan apasionante en nuestra especialidad como es la reconstrucción mamaria. Esto, gracias sin duda a la importante labor de unir literalmente a nuestras naciones y continentes a través de la ciencia médica en la revista Cirugía Plástica ibero-Latinoamericana. En este lado del mundo, Sudamérica, y más propiamente en mi país, Bolivia, no existen políticas gubernamentales de apoyo al cáncer de mama en cuanto a tratamiento complementario, es decir, a la reinserción emocional de las pacientes que lo sufren. Mayormente, los programas en salud se destinan a la prevención de otras enfermedades, tal vez con mayor impacto social.

Frente a estas y otras dificultades de tipo económico que implican el poder utilizar en reconstrucción mamaria matrices acelulares diversas, como de pericardio bovino, piel porcina, telas de celulosa, mallas semi-absorbibles y matrices dérmicas acelulares, la aplicación de matriz dérmica autóloga con la cita bibliográfica a nuestro trabajo que el Dr. Benito y col. muy gentilmente mencionan, y el reaprovechamiento de tejidos autólogos como los colgajos capsulares que describen para preservar y reforzar el surco submamario evitando la extrusión del expansor o del implante definitivo y la mejor armonía y estética a las mamas reconstruidas, se han convertido también en nuestras manos en un importante arsenal técnico que representa un bajo costo, una baja morbilidad, y es de fácil uso, tal y como los autores describen en este interesante trabajo con su novedosa técnica. Demuestran una ingeniosa capacidad de emplear los tejidos de la propia paciente.

Nuestro equipo también emplea los injertos capsulares y/o los colgajos rebatidos de la capsula en cirugías estéticas de mamas⁽¹⁾ con cierto grado de contractura capsular (hasta grado II, pero no en grados III y IV consolidados), y que además se presentan ptósicas, muy flácidas y muchas veces con estrías; al cambiar del plano subglandular al submuscular y ejecutar al mismo tiempo la mastopexia, se hace crucial y necesario reforzar el segmento inferior del músculo pectoral.

Nos parece seductor e interesante también poder emplear esta técnica en las mastectomías conservadoras de piel con o sin preservación del CAP, como mencionan, sobre todo logrando un colgajo de deslizamiento y rotación con la propia cápsula decolada del plano submuscular posterior. Aunque Uds. mencionen como punto débil de su trabajo únicamente el relato de 4 casos clínicos, el aporte científico y técnico es indudable porque a partir de aquí, la aplicabilidad de esta técnica que podríamos llamar “case-ra” puede ser determinante para reducir costos y morbilidad en reconstrucción mamaria.

Felicitaciones por el aporte al Dr. Pablo Benito y a su equipo.

Bibliografía

1. Mayer H., Loustau H. Capsular Grafts and Flaps in Immediate Prosthetic Breast Reconstruction. *Aesth Plast Surg.* 2014; 38: 129-138.

Respuesta al comentario del Dr. Suárez Oyhamburú

Pablo BENITO DUQUE

Debo comenzar mi contestación al comentario del Dr. Suárez agradeciendo sus amables comentarios hacia nuestro artículo, pero especialmente hacia las consideraciones sobre las que incide. Aunque nos separan largas distancias, la práctica diaria de nuestro trabajo nos hace coincidir en los mismos problemas. Es cierto que dependiendo del área geográfica en que desempeñemos nuestra actividad tendremos unas determinadas restricciones de medios, pero igualmente es cierto que los fondos económicos son limitados y se deben gestionar adecuadamente.

Por otra parte, la Cirugía Plástica se ha caracterizado por la imaginación a la hora de buscar recursos reconstructivos

y creo que por ello tenemos una especial predisposición a utilizar tejidos propios. Nos anima comprobar que distintos grupos de trabajo buscan soluciones que convergen en los medios utilizados, y es una suerte poder comunicarnos para potenciar los posibles beneficios. La técnica presentada es una aplicación más del posible trabajo que podemos hacer con el tejido capsular, pero que con toda seguridad no será la última.

Finalizo agradeciendo nuevamente los positivos comentarios del Dr. Suárez, que favorecen el intercambio de opiniones y nos ayudan a mejorar nuestra especialidad.