

Actualización de la encuesta sobre tendencia en el uso de implantes mamarios por los cirujanos plásticos iberoamericanos: datos FILACP 2024

Update on the survey on trends in the use of breast implants by Ibero-American plastic surgeons: FILACP 2024 data



Rodríguez Delgado A.

Aniceto RODRÍGUEZ DELGADO*, Ángel RODRÍGUEZ LIRIANO**
Linda L. RINCÓN RUBIO***, María del Mar VAQUERO PÉREZ****

Resumen

Introducción y objetivo. Siguiendo la investigación de datos publicada en 2020, La Federación Ibero Latinoamericana de Cirugía Plástica (FILACP) realizó una nueva encuesta en 2024 con el objetivo de actualizar y comparar las tendencias en cirugía mamaria con implantes entre los miembros de sus 22 sociedades nacionales y ver la evolución de un estudio continuado en el tiempo, que se inició en 2010.

Material y método. Se diseñó una encuesta estructurada en 30 preguntas, distribuida electrónicamente a más de 9.000 cirujanos plásticos miembros de la FILACP. Estuvo disponible entre el 12 de noviembre y el 20 de diciembre de 2024. Se recopilaron 780 respuestas completas que fueron analizadas cuantitativa y comparativamente respecto a las encuestas previas.

Resultados. Los resultados muestran una preferencia entre los encuestados por el uso de implantes redondos, de tamaño moderado (250–350 cc), de superficie micro o nanotexturizada. La vía submamaria para la colocación de los implantes superó a la periareolar como la más utilizada, y la ubicación de los mismos en el plano retromuscular sigue siendo la más frecuente. El 95.3% de los encuestados entrega consentimiento informado a sus pacientes y el 98.5% les entrega también la tarjeta identificativa del implante. La tasa de seguimiento postoperatorio al año es del 80.3% entre los encuestados. Solo el 7.3% ha diagnosticado algún caso de linfoma anaplásico de células grandes asociado a implantes mamarios (LACG-AIM), y en la cirugía secundaria, el 64.7% envía la cápsula periprotésica a estudio anatómopatológico. Se exploró por primera vez la frecuencia de explantación definitiva entre los cirujanos del ámbito geográfico de la FILACP, y si bien la incidencia de explantaciones protésicas no es muy alta, el temor a las nuevas patologías relacionadas con los implantes fue el principal motivo reportado (31.9%).

Conclusiones. La encuesta 2024 confirma la evolución entre los cirujanos plásticos de la FILACP hacia prácticas más seguras, personalizadas y fundamentadas en evidencia. También muestra la creciente influencia de factores sociales y perceptivos en la demanda de explantaciones. Estos hallazgos ofrecen una valiosa radiografía de la práctica actual y sirven como guía para futuras acciones educativas, clínicas y regulatorias en la región de la FILACP, y por extensión, en otros ámbitos geográficos internacionales.

Abstract

Background and objective. Following data research published in 2020, the Ibero-Latin American Federation of Plastic Surgery (FILACP) conducted a new survey in 2024 with the aim of updating and comparing trends in breast implant surgery among members of its 22 national societies and assessing the evolution of a long-standing study that began in 2010.

Methods. A structured survey consisting of 30 questions was designed and distributed electronically to more than 9,000 FILACP members plastic surgeons. It was available between November 12 and December 20, 2024. A total of 780 complete responses were collected and analyzed quantitatively and comparatively with respect to previous surveys.

Results. The results show a preference among respondents for the use of round, moderate-sized implants (250–350 cc) with a micro or nanotextured surface. The submammary approach for implant placement surpassed the periareolar approach as the most commonly used, and retromuscular placement remains the most common. 95.3% of those surveyed provided informed consent to their patients, and 98.5% also provided them with the implant identification card. The one-year postoperative follow-up rate was 80.3% among those surveyed. Only 7.3% had diagnosed a case of breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma (BIA-ALCL), and in secondary surgery, 64.7% sent the periprosthetic capsule for pathological examination. The frequency of definitive explantation among surgeons within the FILACP geographic area was explored for the first time. Although the incidence of prosthetic explantation is not very high, fear of new implant-related pathologies was the main reason reported (31.9%).

Conclusions. The 2024 survey confirms the evolution among FILACP plastic surgeons toward safer, more personalized, and evidence-based practices. It also shows the growing influence of social and perceptual factors on the demand for explants. These findings offer a valuable snapshot of current practice and serve as a guide for future educational, clinical, and regulatory actions in the FILACP region, and by extension, in other international geographic areas.

Palabras clave Implantes mamarios, Aumento mamario, Explantación, Encuestas.

Nivel de evidencia científica 5 Significación
Recibido (esta versión) 30 marzo / 2025
Aceptado 6 junio / 2025

Key words Breast implants, Breast augmentation, Explantation, Surveys.

Level of evidence 5 Meaningfulness
Received (this version) March 30 / 2025
Accepted June 6 / 2025

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.

* Cirujano Plástico, Director del Centro de Cirugía Plástica Avanzada del Cibao (CIPLACI), República Dominicana. Director de Eventos Científicos de la Federación Ibero Latinoamericana de Cirugía Plástica (FILACP) 2024-2026.

** Médico Residente de Cirugía Plástica del Instituto Avanzado de Cirugía Plástica (IACP), Hospital Casa Evangélico, Rio de Janeiro, Brasil.

*** Cirujano Plástico, Jefe de la Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva Posbariátrica Plásticabariátrica, Caracas, Venezuela. Directora del Capítulo de Cirugía Mamaria de la FILACP 2024-2026.

**** Cirujano Plástico, Madrid, España.

Introducción

La Federación Ibero Latinoamericana de Cirugía Plástica (FILACP) es una organización científica internacional que, desde su fundación en 1974, agrupa a las sociedades nacionales de Cirugía Plástica, Reconstruktiva y Estética de 22 países iberoamericanos de habla hispana y portuguesa. Con una membresía que actualmente supera los 10.000 cirujanos plásticos especialistas, la FILACP constituye una de las redes profesionales más sólidas y representativas en el panorama de la Cirugía Plástica internacional.⁽¹⁾

La Federación estructura su trabajo a través de Capítulos Científicos que abordan áreas específicas de la especialidad, como cirugía estética, cirugía de contorno corporal, cirugía de las mamas, cirugía craneofacial, microcirugía, cirugía plástica oncológica, quemaduras, cirugía de la mano, procedimientos estéticos no quirúrgicos, cirugía postbariátrica, labio y paladar hendid, biomateriales y cirugía transgénero; y Comités de Trabajo: científico, de ética, relaciones internacionales, de información y divulgación, registro de implantes, nuevas tecnologías, médico-social, defensa de la especialidad y seguridad, responsables de líneas estratégicas que permiten impulsar el desarrollo académico, fomentar la actualización profesional y generar conocimiento científico de valor para toda la comunidad iberoamericana de cirujanos plásticos.⁽²⁾

En el año 2020, en esta misma revista, la FILACP, a través de su Comité de Registro de Implantes creado en el año 2010, publicó las conclusiones de una encuesta sobre el uso de implantes mamarios por los cirujanos plásticos iberoamericanos; esta encuesta se desarrolló en varias etapas entre 2012, 2016, 2018 y 2020, y ofreció una interesante visión comparativa en el tiempo sobre las preferencias y prácticas de este importante grupo internacional de profesionales. Entre otros hallazgos, el estudio mostró, en aquel momento, una mayor tendencia de los mismos hacia el uso de implantes mamarios lisos, un predominio general del empleo de implantes redondos, la preferencia por la vía hemiareolar inferior y el plano submuscular para la colocación de los implantes.⁽³⁾ Este análisis resultó además particularmente relevante en un momento marcado por la aparición como tema de estudio y debate del linfoma anaplásico de células grandes asociado a implantes mamarios (LACG-AIM) y la retirada del mercado de algunos de los modelos de implantes supuestamente más relacionados con esta patología, lo que evidenció un cambio notable en las tendencias y preferencias de uso entre los especialistas que se pudo ver en los resultados evolutivos obtenidos a lo largo de los diferentes momentos en que se propuso la mencionada encuesta entre 2010 y 2020.

Como continuación a ese estudio, y queriendo seguir esta evolución a más largo plazo para poder seguir comparando resultados, la FILACP, a través de un trabajo en colaboración entre su Comité Científico y el Capítulo de Cirugía Mamaria del periodo ejecutivo 2024-2026, lanzó una nueva encuesta a sus miembros en el año 2024 acerca de sus preferencias en el uso de implantes mamarios. Este esfuerzo busca determinar las tendencias actuales, identificar posibles cambios desde la situación reportada en 2020 y aportar información clave que fortalezca la toma de decisiones clínicas, científicas y regulatorias, reforzando así el compromiso de la FILACP con la seguridad del paciente, la calidad de los procedimientos y la generación de conocimiento desde nuestra propia realidad como comunidad científica internacional.

El objetivo del presente trabajo es dar a conocer los datos obtenidos de dicha encuesta y comentarlos de forma comparativa con los obtenidos en el estudio anterior.

Material y método

Se llevó a cabo un estudio transversal tipo encuesta en línea dirigida a cirujanos plásticos miembros de la Federación Ibero Latinoamericana de Cirugía Plástica (FILACP) difundida a través de un formulario de Google Forms el cual estuvo disponible durante 6 semanas, durante las 24 horas del día, de manera ininterrumpida desde el 12 de noviembre hasta el 20 de diciembre de 2024. El enlace de la encuesta fue enviado por correo electrónico masivo a los miembros de las 22 sociedades nacionales que conforman la FILACP,⁽²⁾ de los que contamos con un aproximado de 9000 contactos. Además, la encuesta se difundió por los grupos de whatsapp de los capítulos y comités de trabajo de la FILACP y las diferentes sociedades nacionales de Cirugía Plástica que forman parte de la FILACP, intentando garantizar una amplia difusión entre los especialistas de la Federación.

El cuestionario constó de 30 preguntas estructuradas en formato de opción múltiple y preguntas abiertas, abordando aspectos clave de la cirugía mamaria con implantes que incluyeron, entre otros, indicaciones, técnicas quirúrgicas, tipos de implantes utilizados, complicaciones más frecuentes y temas relacionados con seguimiento y seguridad.

A efectos comparativos con la encuesta publicada en 2020, se siguió el mismo tipo de preguntas generales y se añadieron aspectos más actuales para recabar información sobre lo que algunos medios apuntan como una creciente solicitud de retirada de implantes por parte de las pacientes en el momento actual.⁽⁴⁾

La encuesta comenzó con 3 preguntas de tipo demográfico para recabar datos de los encuestados: país, edad y sexo.

Seguidamente, el bloque principal de 30 preguntas relativas a la cirugía mamaria con implantes se dividió de la siguiente manera:

- Dos preguntas generales: número medio de cirugías mamarias realizadas por año, y entrega o no a las pacientes de consentimiento informado previo a la cirugía.
- Cinco preguntas relativas a tamaño, superficie y forma de los implantes, así como motivo de su colocación y marca de preferencia.
- Diez preguntas relativas a técnica quirúrgica: vía de abordaje, plano de colocación, entrega de tarjeta informativa del material empleado, antibioticoterapia, uso de drenajes y tipo de anestesia empleada durante la cirugía.
- Cinco preguntas sobre seguimiento: pruebas complementarias empleadas pre y postoperatoriamente.
- Seis preguntas sobre complicaciones y su tratamiento, incluyendo cuestiones relativas a la solicitud de retirada de implantes por parte de las pacientes.
- Dos preguntas relativas a la detección de casos de LACG-AIM

Se estimó que el tiempo requerido para completar la encuesta era de 5 a 10 minutos.

Los datos recopilados fueron anonimizados y almacenados en una base de datos para su posterior análisis cuantitativo y comparativo.

Resultados

Durante el tiempo en que estuvo disponible, la encuesta obtuvo 780 respuestas completas. Esto representa una tasa de respuesta del 8.7%.

Número de respuestas por países

Con relación a las respuestas recibidas por países, el orden de participación fue: México 187 (23.9%), Venezuela 80 (10.3%), Argentina 78 (10.0%), República Dominicana 78 (10.0%), Colombia 60 (7.7%), España 54 (6.9%), Brasil 53 (6.8%), Perú 35 (4.5%), Ecuador 31 (4.0%), Chile 29 (3.7%) y Bolivia 22 (2.8%). En el resto de los países miembros de FILACP obtuvimos un total de 70 respuestas (8.9%) (Tabla I).

Distribución por edad

El grupo etario de especialistas con mayor participación fue el de 50 a 59 años (30.3%), seguido del de 60 a 69 años (26.3%) y 40 a 49 años (24.7%). Es relevante que los cirujanos más jóvenes (30 a 39 años) representaron solo el 11.4%, lo que sugiere una menor participación de esta generación (Tabla II).

Tabla I. Respuestas por países

México	187	23.9%
Venezuela	80	10.3%
Argentina	78	10.0%
Rep. Dominicana	78	10.0%
Colombia	60	7.7%
España	54	6.9%
Brasil	53	6.8%
Perú	35	4.5%
Ecuador	31	4.0%
Chile	29	3.7%
Bolivia	22	2.8%
Uruguay	13	1.7%
Guatemala	11	1.4%
Honduras	10	1.3%
Panamá	9	1.2%
Costa Rica	7	0.9%
Paraguay	7	0.9%
Nicaragua	3	0.4%
Portugal	3	0.4%
Cuba	2	0.25%
El Salvador	2	0.25%
Otros	6	0.7%
Total de respuestas	780	100%

Tabla II. Respuestas por edades

De 30 a 39 años	89	11.4%
De 40 a 49 años	193	24.7%
De 50 a 59 años	236	30.3%
De 60 a 69 años	205	26.3%
70 o años o más	57	7.3%
Total de respuestas	780	100%

Distribución por sexo

La mayoría de las respuestas provinieron de cirujanos varones (74%), mientras que las cirujanas representaron el 25.9% y solo el 0.1% prefirió no identificarse (Tabla III).

Tabla III. Respuestas por sexo de los encuestados

Femenino	202	25.9%
Masculino	577	74.0%
Prefiero no decirlo	1	0.1%
Total de respuestas	780	100%

Cantidad de cirugías mamarias por año

Los resultados muestran una amplia variabilidad en la cantidad de cirugías de mama realizadas anualmente por los cirujanos plásticos encuestados. Estos datos sugieren que casi la mitad de los cirujanos (46.0%) reali-

zan menos de 50 cirugías mamarias al año, y un 36.9% realiza entre 50 y 100 cirugías anuales.

Los cirujanos con un volumen alto de casos (más de 100 cirugías anuales) representan el 17.1% de la muestra. Un 13.6% realiza de 100 a 200 casos, y un 3.5% realiza más de 200 cirugías al año (Tabla IV).

Tabla IV. Cantidad de cirugías mamarias por año

Menos de 50	359	46.0%
De 50 a 100	288	36.9%
De 100 a 200	106	13.6%
Más de 200	27	3.5%
Total de respuestas	780	100%

Consentimiento informado

La encuesta muestra que el 95.3% de los cirujanos plásticos encuestados reportó que sí entrega el consentimiento informado previo a la cirugía mamaria, mientras que un 4.7% indicó que no lo hace (Tabla V).

Tabla V. ¿Entrega a sus pacientes un consentimiento informado previo a la intervención quirúrgica?

No	37	4.7%
Si	743	95.3%
Total de respuestas	780	100%

Tamaño de los implantes mamarios

Los implantes de tamaño mediano, con un rango de 250-350 cc de volumen, son los más usados (64%) por los encuestados. Un grupo considerable de cirujanos (29.2%) coloca implantes entre 350 y 450 cc, solo un 5.8% de los cirujanos usa implantes pequeños (menos de 250 cc), mientras que el 1.0% de los cirujanos coloca implantes de más de 450 cc (Tabla VI).

Tabla VI. Tamaño de los implantes

De 180 a 250 cc	45	5.8%
De 250 a 350 cc	499	64.0%
De 350 a 450 cc	228	29.2%
De 450 a 550 cc	8	1.0%
Total de respuestas	780	100%

Motivo de la cirugía

Con relación a los motivos principales de los procedimientos el 76.2% refirió que la causa principal de cirugía mamaria con implantes que realizaban era por motivo estético, mientras que la cirugía mamaria secundaria es la causa más frecuente en el 14.4% de los encuestados y la cirugía reconstructiva representó el 9.4% (Tabla VII).

Tabla VII. Motivo de la cirugía

Cirugía estética (50% o más de los casos)	657	76.2%
Cirugía de reconstrucción (50% o más de los casos)	81	9.4%
Cirugía secundaria (50% o más de los casos)	124	14.4%
Total de respuestas (para el 50% o más de los casos)	862	100%

Nota: la respuesta a esta pregunta se calculó tomando en cuenta el motivo principal de colocación de implantes (50% o más). Debido a que algunos encuestados respondieron dos motivos en 50% / 50%, el número de respuestas subió a 862.

Superficie de los implantes

La superficie más colocada fue la microtexturizada con un 38.6%, seguida de la nanotexturizada con un 31.2%, mientras que los implantes de superficie lisa se colocaron en un 24.2% de los casos. Los implantes de poliuretano (3.6%) y los de superficie de macrotextura (2.4%) fueron los que tuvieron una más baja tasa de preferencia (Tabla VIII).

Tabla VIII. Superficie de los implantes

Lisa	189	24.2%
Nanotexturizada	243	31.2%
Microtexturizada	301	38.6%
Macrotexturizada	19	2.4%
Poliuretano	28	3.6%
Total de respuestas	780	100%

Forma de los implantes

Con relación a la forma de los implantes, los resultados muestran una clara preferencia de los encuestados por los implantes redondos en un 90.7%; los implantes anatómicos son preferidos en el 7.4%, mientras que el 1.9% de los encuestados colocan en igual proporción implantes redondos y anatómicos (Tabla IX).

Tabla IX. Forma de los implantes

Principalmente anatómicos	58	7.4%
Principalmente redondos	707	90.7%
Igual proporción anatómicos y redondos	15	1.9%
Total de respuestas	780	100%

Vía y plano de colocación de los implantes

Los datos revelan que la vía de colocación más utilizada fue la submamaria con un 56.7%, seguida por la periarolar con 42.3% y la vía axilar con el 1% de los que respondieron la encuesta (Tabla X).

Con relación al plano de implantación preferido se muestra una distribución equilibrada en la elección del espacio de colocación de los implantes mamarios. El

plano retromuscular fue el más utilizado por los encuestados para la colocación de los implantes con un 36%, seguido del plano retroglándular con un 22.3%, el plano dual 21.4% y el plano subfascial 20.3% (Tabla XI).

Tabla X. Vía de colocación de los implantes

Periareolar	330	42.3%
Surco submamario	442	56.7%
Axilar	8	1.0%
Total de respuestas	780	100%

Tabla XI. Plano de colocación de los implantes

Retromuscular	281	36.0%
Retroglándular	174	22.3%
Subfascial	158	20.3%
Plano dual	167	21.4%
Total de respuestas	780	100%

Entrega de tarjeta informativa de los implantes

Una abrumadora mayoría de los cirujanos plásticos encuestados (98.5%) entrega de manera rutinaria la tarjeta informativa de los implantes a sus pacientes, mientras que solo un 1.5% no lo hace (Tabla XII).

Tabla XII. ¿Realiza entrega de manera rutinaria de la tarjeta informativa de los implantes a sus pacientes?

No	12	1.5%
Si	768	98.5%
Total de respuestas	780	100%

Uso de antibióticos

La encuesta reveló que el 84.1% si utiliza profilaxis antibiótica preoperatoria, mientras que el 15.9% no la utiliza. En cuanto a la antibioterapia postoperatoria, los resultados revelan que la gran mayoría de los cirujanos plásticos encuestados los utiliza, con un 93.6% de respuestas afirmativas, mientras que solo un 6.4% no lo hace. De aquellos que responden afirmativamente, el 79.6% administra antibióticos durante 7 días o menos, y el 20.4% opta por administrarlos durante 8 días o más (Tablas XIII-XV).

Tabla XIII Profilaxis antibiótica preoperatoria

No	50	6.4%
Si	730	93.6%
Total de respuestas	780	100%

Tabla XIV. Antibióticos en postoperatorio

No	124	15.9%
Si	656	84.1%
Total de respuestas	780	100%

Tabla XV. Número de días de administración de antibióticos

7 días o menos	581	79.6%
8 días o más	149	20.4%
Total de respuestas	730	100%

Drenajes: utilización, tipo y tiempo

Los drenajes postquirúrgicos son usados de manera rutinaria por 213 (27.3%) de los encuestados, mientras que 567 (72.7%) no los utilizan rutinariamente. El tipo de drenaje que más emplean es el tipo aspirativo con un 86.9%, siendo el no aspirativo el preferido por el 13.1% (Tablas XVI y XVII).

De los que dejan drenajes de manera rutinaria, el 83.1% los mantiene durante 1 a 5 días, el 14.5% de 6 a 10 días, y el 2.4 % por más de 10 días (Tabla XVIII).

Tabla XVI. ¿Coloca drenajes de forma rutinaria?

No	567	72.7%
Si	213	27.3%
Total de respuestas	780	100%

Tabla XVII. Si respondió "SI" a la pregunta anterior, indique el tipo más habitual de drenaje

Drenaje aspirativo	185	86.9%
Drenaje no aspirativo	28	13.1%
Total de respuestas	213	100%

Tabla XVIII. Número de días de promedio durante los cuales mantiene los drenajes

De 1 a 5 días	172	83.1%
De 6 a 10 días	30	14.5%
Más de 10 días	5	2.4%
Total de respuestas	207	100%

Estudios preoperatorios de imagen en mamoplastia con implantes

La encuesta refleja que la ecografía mamaria, ya sea combinada con mamografía (45.9%) o sola (27.8%), es el estudio más indicado antes de la realización de una mamoplastia con implantes. Otros estudios como la resonancia magnética nuclear (RMN) y la tomosíntesis mamaria (TAC) se indican con menor frecuencia (Tabla XIX).

Procedimiento anestésico

De acuerdo a la respuesta de los encuestados, los procedimientos anestésicos más utilizados son mayoritariamente la anestesia general con un 62.9% y la anestesia peridural con un 23.2%. Los tipos de anestesia menos utilizados son la local asistida con un 9.2%, la subaracnoidea con un 3.5% y la local simple con un 1.2% (Tabla XX).

Tabla XIX. ¿Qué estudios preoperatorios realiza, de forma rutinaria, antes de la cirugía con implantes mamarios?

Ecografía mamaria	217	27.8%
Mamografía	40	5.1%
Resonancia magnética	2	0.3%
Tomosíntesis mamaria	2	0.3%
Ecografía mamaria + Mamografía	358	45.9%
Ecografía mamaria + Resonancia magnética	10	1.3%
Ecografía mamaria + Tomosíntesis mamaria	7	0.9%
Ecografía mamaria + Mamografía + Resonancia Magnética	30	3.8%
Ecografía + Mamografía + Tomosíntesis mamaria	19	2.4%
Ecografía + Mamografía + Resonancia magnética + Tomosíntesis mamaria	7	0.9%
Mamografía + Resonancia magnética	2	0.3%
Mamografía + Tomosíntesis mamaria	1	0.1%
Ningún estudio	85	10.9%
Total de respuestas	780	100%

Tabla XX. ¿Cuál es el tipo de anestesia que generalmente emplea en la cirugía de colocación de implantes mamarios?

Local	9	1.2%
Local asistida	72	9.2%
Subaracnoidea	27	3.5%
Peridural	181	23.2%
General	491	62.9%
Total de respuestas	780	100%

Seguimiento rutinario al 1^{er} y 5^o año de postoperatorio

Con relación al seguimiento rutinario, el 80.3% indicó que realiza revisión al primer año de la cirugía, siendo la ecografía mamaria el estudio más indicado de manera rutinaria en esta revisión (78.1%), seguida de la mamografía (42.1%) y la RMN (20.9%) (Tablas XXI y XXII).

La revisión rutinaria en consulta a los 5 años de la intervención es realizada por el 30.1% de los cirujanos encuestados, y en esta revisión el estudio más indicado es la ecografía mamaria (83%), seguida de la mamografía (54.9%) y la RMN (36.6%) (Tablas XXIII y XXIV)

Tabla XXI. Revisión rutinaria en consulta de sus pacientes al año de la intervención

No	154	19.7%
Si	626	80.3%
Total de respuestas	780	100%

Tabla XXII. Tipo de prueba que realiza al año de la intervención

Revisión clínica	626	100%
Revisión clínica y ecografía mamaria	489	78.1%
Revisión clínica y mamografía	264	42.1%
Revisión clínica y RMN	127	20.9%

Tabla XXIII. Revisión rutinaria en consulta de sus pacientes a los 5 años de la intervención

No	545	69.9%
Si	235	30.1%
Total de respuestas	780	100%

Tabla XXIV. Tipo de prueba que realiza a los 5 años de la intervención

Revisión clínica	235	100%
Revisión clínica y ecografía mamaria	195	83.0%
Revisión clínica y mamografía	129	54.9%
Revisión clínica y RMN	86	36.6%

Complicaciones

Al preguntar sobre la complicación más frecuente, el 32.9% de los cirujanos respondió que las cicatrices inestéticas, el 25.1% la contractura capsular, el 22.7% el seroma y el 11.8% los hematomas, como las complicaciones más frecuentes que tenían en la cirugía con implantes mamarios (Tabla XXV).

Tabla XXV. En su práctica, ¿cuál es la complicación más frecuente en la cirugía de implantes mamarios?

Seroma	161	22.7%
Hematoma	84	11.8%
Cicatrices inestéticas	234	32.9%
Doble burbuja	9	1.3%
Infección	6	0.8%
Contractura muscular (dureza antes del año de postoperatorio)	29	4.1%
Contractura capsular (dureza a partir del año de postoperatorio)	178	25.1%
Necrosis del complejo areola-pezones (CAP)	4	0.6%
Extrusión del implante	5	0.7%
No respondieron	(70)	—
Total de respuestas	710	100 %

Tratamiento de la cápsula periprotésica

Con relación a la conducta más frecuente ante la cápsula periprotésica en cirugías secundarias, los cirujanos reportaron realizar: un 50% capsulectomía total, un 32.9% capsulectomía parcial, un 12.2 capsulotomía y un 4.9% dice no intervenir la cápsula (Tabla XXVI).

Tabla XXVI. Conducta más frecuente ante la cápsula periprotésica

Capsulectomía total	390	50.0%
Capsulectomía parcial	257	32.9%
Capsulotomía	95	12.2%
Nada	38	4.9%
Total de respuestas	780	100%

El 64.7% de los cirujanos encuestados reportó que siempre envía la cápsula a estudio anatomopatológico, un 32.5% solo la envía si aparenta ser patológica, lo que implica una decisión basada en criterios intraoperatorios, y solo un 2.8% nunca la envía (Tabla XXVII). Frente a la presencia de líquido periprotésico, el 19.5% de los encuestados indica estudio de citología, el 7.2% indica cultivo microbiano, el 57.7% indica tanto estudio de citología como cultivo microbiano, y un 15.6% no indica ningún estudio (Tabla XXVIII).

Tabla XXVII. Envío de cápsula periprotésica a estudio anatomopatológico

Siempre	503	64.7%
Nunca	22	2.8%
Solo cuando aparenta ser patológica	253	32.5%
Total de respuestas	778	100%

Tabla XXVIII. Manejo del líquido periprotésico en cirugía de implantes mamarios

Citología	152	19.5%
Cultivo microbiano	56	7.2%
Ambos	450	57.7%
Ninguno	122	15.6%
Total de respuestas	780	100%

Explantaciones definitivas

En cuanto a la frecuencia de la retirada definitiva de implantes mamarios, más de la mitad de los cirujanos (52.2%) realiza de 0 a 5 explantaciones anuales; un cuarto de los encuestados (25.4%) reporta hacer entre 6 y 10 casos por año, un 9.7% entre 11 y 15 explantaciones definitivas al año, un 4.1% entre 16 y 20 casos por año, y el 8.6% señala que realiza más de 20 explantaciones definitivas anualmente (Tabla XXIX).

El temor a enfermedades asociadas a los implantes (31.9%), los cambios estéticos por modificaciones fisiológicas (17.8%), y el peso excesivo de los implantes o el deseo de menor tamaño de los mismos (15.6%), fueron las causas que con más frecuencia plantearon las pacientes a sus cirujanos como principal motivo para desear retirarse los implantes. Otras menos frecuentes fueron la rotura de los implantes (10.4%), la contractura capsular (8.6%), síntomas sistémicos atribuidos a los implantes

(8.3%) y la inconformidad estética con el resultado original (7.4%) (Tabla XXX).

Tabla XXIX. Número de cirugías de retirada definitiva de implantes mamarios por año

De 0 a 5	407	52.2%
De 6 a 10	198	25.4%
De 11 a 15	76	9.7%
De 16 a 20	32	4.1%
Más de 20	67	8.6%
Total de respuestas	780	100%

Tabla XXX. Motivos para la retirada definitiva de los implantes mamarios

Inconformidad estética con el resultado original	57	7.4%
Modificaciones estéticas secundarias a cambios fisiológicos (embarazo, lactancia, menopausia)	137	17.8%
Peso excesivo de los implantes o deseo de menor tamaño	120	15.6%
Contractura capsular	66	8.6%
Rotura de los implantes	80	10.4%
Manifestaciones clínicas sistémicas atribuibles a los implantes o presentadas tras la colocación de los implantes	64	8.3%
Temor de la paciente a padecer alguna enfermedad de las que se han asociado a los implantes	245	31.9%
Total de respuestas	769	100%

Diagnóstico y tratamiento de linfoma anaplásico de células grandes asociado a implantes mamarios (LACG-AIM)

La encuesta refleja que tan solo el 7.3% de los cirujanos encuestados ha diagnosticado o tratado casos de LACG-AIM, mientras que el 92.7% no ha tratado ni diagnosticado esta patología (Tabla XXXI).

Tabla XXXI. ¿Ha diagnosticado o tratado casos de linfoma anaplásico de células grandes asociado a implantes mamarios (LACG-AIM)?

No	723	92.7%
Si	57	7.3%
Total de respuestas	780	100%

Dentro del 7.3% de cirujanos que reportaron haber diagnosticado o tratado casos de LACG-AIM, la distribución de casos es la siguiente (Tabla XXXII): el 71.9% ha diagnosticado solo 1 caso; el 21.0% ha diagnosticado 2 casos; y el 5.3% ha diagnosticado entre 3 y 5 casos.

Tabla XXXII. Número de casos diagnosticados de LACG-AIM entre los cirujanos que respondieron "Sí"

1 caso	41	71.9%
2 casos	12	21.0%
3 casos	2	3.5%
4 casos	1	1.8%
5 casos	1	1.8%
Total de respuestas	57	100%

Discusión

Consideramos que la tasa de respuesta obtenida en esta encuesta, que fue del 8.7%, es un resultado aceptable dentro de estudios de este tipo, especialmente en encuestas electrónicas dirigidas a profesionales de la salud, donde las tasas de respuesta suelen oscilar entre el 5% y 15%. Comparativamente con las encuestas publicadas por FILACP en 2020, la encuesta FILACP 2024 representa la más amplia participación obtenida hasta la fecha, consolidándose como un instrumento clave para observar tendencias, cambios de conducta y percepciones clínicas en la Cirugía Plástica iberoamericana. Las 780 respuestas recibidas en 2024 son claramente un avance en participación sobre las 535 recibidas en la encuesta de 2020, las 444 de la de 2018 y las 152 de la encuesta lanzada en 2016.⁽³⁾

Si bien la participación refleja un buen alcance dentro de la comunidad médica de la FILACP, los resultados deben interpretarse considerando este porcentaje de representatividad. Es posible que ciertos factores hayan influido en la participación, como el nivel de interés en el tema, la disponibilidad de los encuestados o la efectividad de la difusión del enlace, así como la simultaneidad con el gran número de encuestas sobre diferentes temas lanzadas por otras muchas entidades nacionales, internacionales y por particulares, que en muchas ocasiones pueden saturar a los posibles respondientes o desviar su atención.

La pregunta acerca de la edad de los cirujanos plásticos que respondían la encuesta no fue realizada en las investigaciones anteriores; sin embargo, en esta ocasión, sí consideramos importante conocer el interés participativo de los diferentes grupos etarios de los miembros de la FILACP. Los resultados muestran una mayor participación de los grupos de edades comprendidas entre los 50 a 59 años (30.3%), mientras que los más jóvenes, de 30 a 39 años, quizás más acostumbrados al uso de redes sociales que a la tradicional forma de encuestas por plataformas web, correo electrónico o *whatsapp*, mostraron una baja participación con solo 11.4% de las respuestas recibidas. Esto podría ser un punto de interés para estrategias futuras de difusión y captación de respuestas entre cirujanos en etapas iniciales de su carrera.

En cuanto al sexo de los que respondieron a la encuesta, pregunta que tampoco estaba en la encuesta anterior, los hombres prácticamente triplicaron en respuestas a las mujeres; esto puede obedecer a que la Cirugía Plástica sigue siendo una especialidad con predominio masculino en los países que componen la Federación, tal y como reflejan las instituciones científicas internacionales y algunas publicaciones sobre el tema en esta misma revista.^(1,5)

Con relación al número de cirugías mamarias con implantes que realizan por año, los que realizan menos de 50 procedimientos representan el 46%, lo que indica que para cerca de la mitad de los cirujanos plásticos encuestados esta no es su principal área de práctica. Un poco más del 20% tienen un volumen alto de cirugías mamarias (más de 100 casos por año), resultados similares a los descritos en estudios realizados también mediante encuestas a cirujanos plásticos en EE.UU. Este último grupo probablemente corresponde a especialistas con una práctica altamente enfocada en cirugía mamaria, ya sea en Cirugía Estética o Reconstructiva, en centros de alto volumen, o en equipos multidisciplinarios, lo que podría estar relacionado con la cada vez más frecuente superespecialización de algunos colegas en áreas anatómicas concretas, siendo la cirugía de mama y la participación en unidades multidisciplinarias enfocadas a la cirugía mamaria una de las más importantes.^(6,7)

La gran mayoría de los cirujanos plásticos encuestados (95.3%) entrega un consentimiento informado previo a la cirugía mamaria, lo que refleja una práctica ampliamente establecida entre los miembros de la FILACP. Al comparar estos datos con la encuesta realizada en 2020, donde el 95% de los participantes también afirmó entregar consentimiento informado, se observa una consistencia en la práctica durante los últimos años. La variación del 0.3% es mínima y no representa un cambio significativo.⁽³⁾ Entendemos que esta actuación de los especialistas de la Federación, así como otras que se analizarán más adelante, es probablemente reflejo del énfasis que se ha venido dando en los últimos años a la educación de sus miembros en seguridad quirúrgica, tanto en los congresos y actividades científicas de las sociedades nacionales como en los eventos y cursos organizados por la propia FILACP. Las mesas redondas, talleres y sesiones organizadas por los capítulos y comités de trabajo, dedicadas específicamente a temas de bioética, calidad asistencial y prevención de complicaciones, han contribuido sin duda a consolidar una cultura de seguridad entre los cirujanos plásticos de la Federación.

Este documento de consentimiento informado constituye un pilar fundamental en la relación médico-paciente, especialmente en la cirugía mamaria con implantes,



donde las decisiones implican no solo consideraciones estéticas, sino también riesgos quirúrgicos, implicaciones funcionales y posibles intervenciones futuras. Para la paciente, representa la oportunidad de comprender plenamente el procedimiento, sus alternativas, los riesgos involucrados y las expectativas realistas de los resultados, permitiéndole tomar una decisión autónoma y consciente. Para el cirujano plástico, el consentimiento informado no solo es una obligación ética, sino también una herramienta legal esencial que respalda su práctica profesional al documentar que se ha cumplido con el deber de información y se ha respetado el derecho del paciente a decidir sobre su propio cuerpo.⁽⁸⁻¹¹⁾

La encuesta del 2024 muestra que los volúmenes de implantes mamarios más usados por los cirujanos plásticos encuestados se encuentran en el rango de 250-350 cc, con un 64%, lo que indica que la preferencia actual en Iberoamérica se inclina hacia tamaños moderados. En las encuestas del 2016 y 2018 el rango de tamaño más empleado fue el de 300 a 400 cc, con un 48% y 49% de respuestas respectivamente. Dentro de las posibles razones para este cambio podrían estar la preferencia por resultados más naturales, las recomendaciones basadas en el respeto a la anatomía y las proporciones naturales del cuerpo, y las tendencias globales en cirugía mamaria una vez que numerosos estudios han publicado acerca de la mayor relación entre complicaciones e implantes de gran volumen.^(7,12)

Importante en este aspecto también el que en nuestra encuesta, en segundo lugar están los cirujanos que colocan implantes con volúmenes de 350-450 cc, lo que sugiere que sigue habiendo una demanda de volúmenes más grandes por parte de algunas pacientes. Los cirujanos con mayor tendencia a la colocación de implantes de volúmenes grandes, de más de 350 cc, según el presente estudio son los de Venezuela con un 66.2%, México con un 36.4%, Colombia con un 30% y Argentina con un 29.5%. Interpretamos que esta preferencia puede estar relacionada con tendencias estéticas o ideales de belleza predominantes en cada país, influenciadas por factores culturales, sociales y mediáticos propios de cada contexto nacional. La amplia diversidad geográfica, cultural y socioeconómica de los países que integran la FILACP probablemente contribuye a estas variaciones, reflejando cómo la cirugía mamaria con implantes responde también a expectativas locales sobre la imagen corporal y la feminidad.

Los motivos estéticos siguen siendo la principal indicación de cirugía mamaria con implantes entre nuestros encuestados, con más de tres cuartas partes de las respuestas (76.2%). En este ítem, en 2018 se observó un descenso (69.4%), pero en 2024 se ha recuperado hacia valores similares a los de 2012 y 2016.

Por su parte, la cirugía reconstructiva mamaria con implantes se ha mantenido estable, en torno al 9-13%. En 2018 alcanzó su punto más alto (13.6%), pero en 2024 disminuyó al 9.4%, un valor similar al de 2016. Es notoria la tendencia global que apunta a una creciente demanda de reconstrucción mamaria por parte de las pacientes sometidas a mastectomía, quienes en cada vez más países están tomando conciencia de esta posibilidad terapéutica y la solicitan activamente. Esta mayor demanda está asociada al fortalecimiento de políticas públicas de salud que integran la reconstrucción mamaria como parte del tratamiento integral del cáncer de mama, así como al trabajo de los comités multidisciplinares de patología mamaria en los que el cirujano plástico tiene un papel clave y que favorecen una atención centrada en la paciente y en su calidad de vida. Además, distintas sociedades nacionales miembros de la FILACP han promovido campañas de concienciación sobre el derecho a la reconstrucción mamaria, contribuyendo a visibilizar su importancia médica, psicológica y social. Estas iniciativas han sido documentadas en varias publicaciones científicas recientes, destacando las publicadas en esta misma revista procedentes de países como Costa Rica, Cuba, Ecuador, México y España.⁽¹³⁻¹⁶⁾ En particular, cabe destacar entre estas publicaciones el análisis sobre el impacto del coste económico de la reconstrucción mamaria en los sistemas públicos de salud a partir de datos del Sistema Nacional de Salud Español,^(17,18) así como artículos que exploran modelos de atención integral en unidades de mama y el papel de las campañas de reconstrucción mamaria postcáncer de mama.⁽¹⁹⁻²³⁾

La cirugía secundaria en pacientes con implantes mamarios tuvo un pico en la encuesta FILACP de 2018, con un 17%, lo que reflejaba en ese momento una tendencia al reemplazo o corrección de cirugías previas. En 2024 ha bajado a 14.4%, pero este valor sigue siendo más alto que en 2012 y 2016. Las posibles causas podrían ser el que la existencia de un cada vez mayor número de mujeres con cirugía previa de colocación de implantes mamarios requiere revisiones con el tiempo, y por tanto, esto incrementa el número de cirugías secundarias, y por otro lado la mayor conciencia de pacientes y cirujanos sobre la necesidad de reemplazo de los implantes por envejecimiento o complicaciones (Tabla XXXIII).

Tabla XXXIII. Evolución comparativa del motivo de la cirugía mamaria con implantes (2012-2024)

Año	Cirugía estética	Cirugía reconstructiva	Cirugía secundaria
2012	78%	11%	11%
2016	78.6%	8.9%	12.5%
2018	69.4%	13.6%	17%
2024	76.2%	9.4%	14.4%

En cuanto a la preferencia de superficie de los implantes, los datos de la encuesta 2024 muestran ciertas tendencias y cambios en comparación con encuestas previas. Los implantes de superficie lisa en 2012 representaban el 27% de las respuestas de los encuestados, que descendieron al 12.7% en 2016, repuntaron al 24% en 2018 y alcanzaron su punto más alto en 2020 con un 42%. En 2024, la preferencia por los implantes lisos ha descendido nuevamente al 24.2%, lo que indica una posible estabilización tras el aumento observado en 2020. Este 42% de cirujanos que preferían los implantes lisos en el año 2020 seguramente estuvo influenciado por la aparición de las primeras comunicaciones y publicaciones sobre el LACG-AIM entre 2011 y 2020 y por el cese de la comercialización de algunas marcas y modelos de implantes mamarios macrotexturizados dado el temor a la posible relación entre texturización y nuevas patologías mamarias.^(3,24-26) El mayor conocimiento sobre el tema y esa retirada del mercado de los implantes de mayor macrotexturización tal vez sean algunas de las causas de la nueva confianza de los cirujanos en los implantes micro y nanotexturizados, que en la encuesta del 2024 aparecen como las superficies de implantes más elegidas por los cirujanos que respondieron a la encuesta. Señalar también en este sentido que, en la encuesta 2024, la suma de nanotexturizados (31.2%) y microtexturizados (38.6%) alcanza el 69.8%, lo que reafirma ese repunte de la confianza hacia los implantes con algún tipo de texturización. Por el contrario, los implantes macrotexturizados tuvieron una baja tasa de preferencia (2.4%), alineándose también con las restricciones impuestas en algunos países debido a su posible relación con el LACG-AIM.⁽²⁴⁻²⁷⁾

En general, creemos que tras varios años de seguimiento y estudio, el tema del LACG-AIM parece haber alcanzado una estabilidad dado el conocimiento actual sobre la patología y su mayor control diagnóstico y terapéutico, de ahí la vuelta a la confianza de los cirujanos en los implantes de baja texturización o de texturización menos agresiva (con menor diámetro, profundidad de poro y diversas metodologías de texturización).

En cuanto a los implantes de cubierta de poliuretano, en 2012 representaban el 10% de las preferencias, cayendo a 2.6% en 2016, variando luego a 4.9% en 2018,

y manteniéndose en un 4.2% en 2020. En la encuesta del 2024 la preferencia por esta superficie tuvo poca variación, con un 3.6%, lo que indica que su uso sigue siendo minoritario (Tabla XXXIV).

En cuanto a la preferencia de forma de los implantes, el resultado de nuestra encuesta muestra un aumento en la preferencia de la forma redonda de los implantes con relación a los de forma anatómica con un 10% más de preferencia en la encuesta del 2024 con respecto a la del 2020 y mostrando la siguiente evolución:

- Con respecto a los implantes redondos: en 2012, el 77% de los cirujanos plásticos reportaba usarlos como opción principal; en 2016, la cifra subió al 80.7%; en 2018 al 81.5%; y en 2020 se mantuvo en un 80.5%. En 2024 el uso de implantes redondos aumentó drásticamente al 90.7%, marcando su mayor preferencia en la historia de estas encuestas.

- En cuanto a los implantes anatómicos, vemos una tendencia de disminución sostenida: en 2012 su uso representaba el 23%; en 2016 bajó al 19.3%; en 2018 al 18.5%; y en 2020 se mantuvo en el 19.5%. Para 2024 la cifra ha caído significativamente al 7.4%, lo que refleja una reducción notable en su utilización. Estos datos de nuestra encuesta 2024 en cuanto a la forma de los implantes que prefieren los cirujanos plásticos encuestados de la FILACP se asemejan a los resultados presentados en otros estudios.^(7,28) Señalar que de lo que hemos observado en las respuestas a nuestra encuesta por países, los cirujanos plásticos que tienen mayor tendencia al uso de los implantes anatómicos son los de España, los cuales en el 33.3% de los casos prefieren estos implantes; a pesar de que hay una disminución con relación a la encuesta del 2020 en la que los implantes anatómicos eran los preferidos por el 37.4% de los cirujanos españoles, es una cifra que está muy por encima del porcentaje del total de los que respondieron a la encuesta desde otros países de la FILACP (Tabla XXXV).

En cuanto a la vía de colocación de los implantes, los resultados de la encuesta 2024 revelan un cambio significativo en la preferencia de abordaje en mamoplastia de aumento simple. La vía inframamaria ha superado a la periareolar, lo que representa una inversión en la tendencia observada en encuestas anteriores. En la de 2012, la vía periareolar fue la más utilizada con un 56% de

Tabla XXXIV. Evolución comparativa de las preferencias de superficie de los implantes mamarios (2012-2024)

Año	Superficie lisa	Superficie texturizada			Superficie de poliuretano
2012	27%	63%			10%
2016	12.7%	85%			2.3%
2018	24%	71%			4.9%
2020	42%	53.8%			4.2%
2024	24.2%	Nano: 32.1%	Micro: 38.6%	Macro: 2.4%	3.6%



Tabla XXXV. Evolución comparativa de las preferencias de la forma de los implantes mamarios (2012-2024)

Año	Implantes redondos	Implantes anatómicos
2012	77%	23%
2016	80.7%	19.3%
2018	81.5%	18.5%
2020	80.5%	19.5%
2024	90.7%	7.4%

preferencia. En el 2016 descendió al 47.7% y en el 2018 volvió a subir al 51.7%. La encuesta del 2024 revela una disminución del uso de esta vía con relación a la última referencia con un 42.3%, cediendo el primer lugar a la vía submamaria. De su lado, la vía submamaria en la encuesta del 2012 fue la preferida por el 36% de los encuestados; en el 2016 aumentó al 48.9%, y en el 2018 descendió al 42.7%, mientras que en el 2024 alcanzó el 56.7%, convirtiéndose, como hemos mencionado, en la vía más utilizada en el momento actual.

Por su parte, la vía de colocación axilar sigue siendo de preferencia minoritaria con tan solo un 1% en la encuesta de 2024, la más baja tasa de preferencia en todas las encuestas en las que se ha realizado esta pregunta (6% en 2012, 2.1% en 2016 y 3.5% en 2018).

Este aumento en la preferencia de la vía de colocación submamaria podría estar relacionado con el menor riesgo de sufrir o tener que someterse a procedimientos secundarios que algunos estudios han reportado en comparación con los casos en los que se empleó la vía de colocación de implantes periareolar o axilar en la cirugía primaria^(26,29) (Tabla XXXVI).

En cuanto al plano de colocación de los implantes, la encuesta 2024 muestra una distribución más equilibrada en la elección del mismo en comparación con encuestas previas. El plano retromuscular sigue liderando pero con variaciones, pasó del 33% en el 2012 al 38% en el 2016, 39.6% en el 2018 y al 36% en el 2024. El plano subglandular ha seguido perdiendo popularidad a lo largo de las encuestas, con un 30% en 2012, un 28.2% en 2016, un

22.1% en 2018 y un 22.3 en 2024. Después de haber disminuido en encuestas anteriores, el plano subfascial ha vuelto a alcanzar niveles similares a los de 2012 (20%); en los años 2016 y 2018 descendió al 17.2% y 15.1% respectivamente, para subir al 20.3% en la encuesta del 2024. Finalmente, el plano dual presentó una preferencia del 21.4% en el 2024, mostrando una leve disminución respecto a 2018, cuando tuvo una preferencia del 23.3%, pero una mayoría considerable con relación a las encuestas del 2012 (17%) y 2016 (16.6%) (Tabla XXXVI).

Esta evolución en cuanto a la preferencia de vía de abordaje y plano de colocación de los implantes presenta un patrón similar a la de estudios realizados por la *American Board of Plastic Surgery*, y demuestra que la decisión quirúrgica ya no responde a una preferencia generalizada sino al análisis integral de factores como el tipo de paciente, características anatómicas, expectativas estéticas y riesgos asociados, lo que evidencia una práctica cada vez más centrada en la seguridad y en la personalización de los resultados.^(29,30)

En la encuesta del 2020 las variables de la vía de abordaje y plano de colocación no se tomaron en cuenta debido a que en este estudio hubo un enfoque principal hacia los aspectos relacionados con las nuevas patologías relacionadas con los implantes mamarios, fundamentalmente el LACG-AIM.⁽³⁾

Con relación al manejo de la cápsula periprotésica, la capsulectomía completa ha alcanzado su máximo nivel de práctica entre los encuestados en 2024, reflejando un cambio en la práctica hacia la extracción total de la cápsula periprotésica en los casos de cirugía secundaria. La capsulectomía parcial, aunque sigue siendo una opción importante, ha disminuido en relación con encuestas previas, consolidando la tendencia hacia la extirpación total de la cápsula. La opción de realizar capsulotomía ha disminuido progresivamente en comparación con encuestas anteriores, pasando del 29.8% en el 2020 al 12.2% en 2024. En cuanto a la opción de no hacer nada frente a la cápsula, en el 2024 fue del 4.9%; esto sugiere una mayor preferencia por técnicas quirúrgicas activas

Tabla XXXVI. Evolución comparativa de la vía y plano de colocación de los implantes.

Año	Vía de colocación de los implantes			Plano de colocación de los implantes			
	Periareolar	Submamaria	Axilar	Retromuscular	Subglandular	Subfascial	Plano dual
2012	56%	36%	6%	33%	30%	20%	17%
2016	47.7%	48.9%	2.1%	38%	28.2%	17.2%	16.6%
2018	51.7%	42.7%	3.5%	39.6%	22.1%	15.1%	23.3%
2024	42.3%	56.7%	1%	36%	22.3%	20.3%	21.4%

Tabla XXXVII. Evolución comparativa del manejo de la cápsula periprotésica.

Año	Capsulectomía total	Capsulectomía parcial	Capsulotomía / Nada
2012	41%	51%	8%
2016	23%	17%	60%
2018	43%	33.8%	23.2%
2020	41.5%	28.7%	29.8%
2024	50%	32.9%	17.1%

en cirugía secundaria, en lugar de manejar la cápsula de manera conservadora (Tabla XXXVII).

En cuanto al envío de la cápsula preriprotésica extirpada a estudio histopatológico, desde 2012 hasta 2024 ha habido un aumento de más de 10 puntos porcentuales en el número de cirujanos que realizan esta práctica. Como tendencia general se observa un aumento progresivo del estudio de este tejido (Tabla XXXVIII).

Este aumento progresivo de la realización de capsulectomía completa y del envío de la cápsula periprotésica para estudio histopatológico refleja una creciente concienciación entre los cirujanos plásticos encuestados acerca de la importancia de esta práctica en la detección temprana de complicaciones asociadas a los implantes mamarios, labor en la que, como ya hemos mencionado, han sido muy activas las sociedades nacionales de Cirugía Plástica de la FILACP con sus cursos y simposios sobre seguridad. Además, la implementación de herramientas de evaluación histológica estandarizadas ha mejorado la precisión diagnóstica y facilitado la comparación de resultados entre diferentes estudios, contribuyendo así a una mejor comprensión de la respuesta biológica a los implantes. Este enfoque no solo mejora la seguridad del paciente, sino que también fortalece la práctica clínica al proporcionar datos objetivos que pueden informar decisiones quirúrgicas y estrategias de seguimiento postoperatorio.⁽³¹⁾

Tabla XXXVIII. Evolución del envío de la cápsula periprotésica a estudio histopatológico

Año	Porcentaje de cirujanos que siempre envían la cápsula periprotésica a estudio histopatológico
2012	54%
2016	54.5%
2018	52.5%
2020	62.9%
2024	74.7%

Abordamos ahora el tema del LACG-AIM, que aunque infrecuente, representa una preocupación creciente dentro de la comunidad quirúrgica global. La encuesta FILACP del año 2018 incorporó preguntas dirigidas a explorar la experiencia directa de los cirujanos ibe-

roamericanos en el diagnóstico y tratamiento de esta entidad, preguntas que se han replicado en las encuestas de 2020 y 2024.

La encuesta del 2024 indica que solo el 7.3% de los cirujanos encuestados reportó haber diagnosticado o tratado al menos 1 caso de LACG-AIM. Este dato representa una disminución respecto al 13.37% de respuestas positivas en 2020, pero sigue siendo superior al 1.6% de 2018. La mayoría (92.7%) no ha tenido experiencia directa con esta patología, esto confirma que se trata de una condición poco prevalente en los países del entorno geográfico de la Federación, lo cual concuerda con lo observado en otros estudios a nivel internacional.⁽⁷⁾ Dado que en las encuestas de la FILACP tanto de 2020 como la actual, es claro el predominio de uso en Latinoamérica de los implantes redondos, por lo general de menor texturización o lisos, sería de interés estudiar la asociación a futuro entre esta preferencia y la menor incidencia y/o diagnóstico de LACG-AIM en estos países. Sin embargo, su impacto potencial sobre la salud de las pacientes y sobre la percepción pública de la seguridad del uso de implantes mamarios justifica su continua vigilancia y registro.

Tabla XXXIX. Evolución de los datos de diagnóstico y tratamiento de casos de LACG-AIM

Año	SI	No
2018	1.6%	98.4%
2020	13.37%	86.63%
2024	7.3%	92.7%

La encuesta del 2024 reporta que la gran mayoría de los casos diagnosticados de esta patología fueron aislados (1 o 2 por cirujano), lo que refuerza la idea de una incidencia baja, pero no inexistente.^(3,7) Solo el 3.6 % (2 cirujanos) reportó haber tratado 4 o más casos, lo cual puede corresponder a centros de mayor volumen o con protocolos específicos de vigilancia.

En la encuesta FILACP 2024 se realizó por primera vez una pregunta destinada a explorar la frecuencia y las causas de la explantación definitiva de implantes mamarios. Los resultados permiten identificar una tendencia en esta práctica clínica que merece análisis desde perspectivas tanto médicas, como sociales y psicológicas.

Más de la mitad de los cirujanos encuestados (52.2%) realiza de 0 a 5 explantaciones anuales, lo que indica que la retirada definitiva de implantes es un procedimiento relativamente poco común en la práctica general. Un cuarto de los encuestados (25.4%) reporta hacer entre 6 y 10 casos por año, lo que sugiere una tendencia moderada al aumento de estos procedimientos. Solo un 8.6% realiza más de 20 explantaciones anuales, probablemente debido a un enfoque en pacientes que buscan esa explantación definitiva. Esto indica que la explantación sin recambio sigue siendo un procedimiento poco frecuente dentro de la práctica general de la cirugía mamaria entre los cirujanos plásticos de la FILACP.

Los motivos expresados por las pacientes a sus cirujanos para solicitar la retirada de sus implantes reflejan una combinación de preocupaciones médicas, estéticas y emocionales. El temor a enfermedades relacionadas con los implantes es la principal causa de explantación (31.9%). Este dato evidencia un impacto directo de la percepción pública y la información, o desinformación, social sobre los implantes mamarios, alimentado en parte por redes sociales, medios de comunicación y grupos promotores del llamado “movimiento de explantación”. Un aspecto destacado es la influencia de las redes sociales en la percepción de los riesgos asociados a los implantes mamarios. Algunos estudios han demostrado que el aumento de contenido relacionado con la conocida como “enfermedad por implantes mamarios” en plataformas digitales se ha correlacionado con un incremento en la búsqueda y solicitud de explantación.^(32,33) Aunque no existe evidencia científica sólida que confirme la existencia de esta enfermedad,^(34,35) hay datos que afirman que el 8.3% de las pacientes portadoras de implantes mamarios solicitan la explantación ante síntomas inespecíficos como fatiga, dolor articular o caída del cabello, síntomas que atribuyen a los implantes.

En todo caso, y a pesar del aumento de estos movimientos sociales, los datos generales sugieren que la gran mayoría de las cirugías de mama siguen incluyendo colocación de implantes o recambio en lugar de su retirada definitiva. Las razones estéticas y funcionales, como los cambios por embarazo, lactancia o menopausia (17.8 %) y el peso excesivo de los implantes (15.6 %), también son causas frecuentes, lo que destaca la necesidad de una evaluación realista de las expectativas de las pacientes a largo plazo durante el proceso de consentimiento informado y una educación de las mismas para que sean conscientes de las modificaciones que, por diferentes procesos biológicos naturales, sufrirá su cuerpo a lo largo de su vida, aceptando que pueden ser necesarias futuras cirugías de cambio de implantes por dichas alteraciones naturales en la forma y tamaño de sus ma-

mas. Por otro lado, las complicaciones clínicas objetivas como la rotura protésica (10.4 %) y la contractura capsular (8.6 %) siguen estando presentes entre las causas de retiro definitivo que hemos recogido en las respuestas de nuestros encuestados. Finalmente señalar en este punto que la inconformidad estética con el resultado original es una causa menos frecuente (7.4%), lo que indica que la minoría de las explantaciones están relacionadas con una insatisfacción inicial.

En general, y en cuanto a esta última pregunta hecha a los encuestados, pregunta que como ya hemos mencionado fue novedad frente a las encuestas anteriores, podríamos decir que los datos aportados por la encuesta FILACP 2024 muestran que la explantación definitiva de implantes mamarios es una realidad presente en la práctica quirúrgica de los cirujanos plásticos iberoamericanos. Si bien las complicaciones médicas siguen motivando parte de estos procedimientos, es clara la influencia creciente de factores emocionales, sociales y de percepción de riesgo por parte de las pacientes. Esto resalta la importancia de una comunicación efectiva entre cirujano y paciente en la que se aborden tanto aspectos médicos como expectativas y preocupaciones individuales,⁽³⁶⁾ así como la necesidad de ir incorporando a los documentos de consentimiento informado toda la información relativa a las nuevas patologías relacionadas con los implantes mamarios para que las pacientes sean conscientes de que, como profesionales, estamos al tanto de los nuevos conocimientos, sabemos diagnosticar y tratar estas patologías cuando aparecen, estamos al tanto de las normas legales y comerciales vigentes en nuestros países en relación a la aprobación y uso de las distintas marcas y modelos comerciales de implantes, a la vez que cumplimos con el deber de informar de la forma más amplia posible a nuestras pacientes con la finalidad, siempre, de velar por su seguridad.

Será interesante evaluar esta tendencia en futuras encuestas para determinar si la frecuencia de explantaciones irá o no en ascenso y si este procedimiento impacta a futuro sobre los índices de uso de implantes en la cirugía mamaria en Iberoamérica.

Conclusiones

Los resultados de la encuesta FILACP 2024 sobre cirugía mamaria con implantes ponen de manifiesto una consolidación de las tendencias previamente observadas y, al mismo tiempo, la aparición de nuevos patrones en la práctica de los cirujanos plásticos iberoamericanos. Se mantiene un fuerte predominio de la cirugía estética como principal indicación para el uso de implantes mamarios, con una preferencia creciente por el empleo de implantes

de tamaño moderado, superficie micro o nanotexturizada, y forma redonda. Estos hallazgos parecen reflejar una búsqueda por resultados más naturales, una mayor adaptación anatómica y una respuesta a las tendencias internacionales de seguridad y percepción estética.

Se observan también cambios relevantes en la técnica quirúrgica, como la transición en la vía de abordaje, donde la vía inframamaria para la colocación de los implantes mamarios ha superado a la periareolar como preferida, y una distribución más equilibrada en la elección del plano de colocación de los mismos. Estos patrones coinciden igualmente con un enfoque quirúrgico más centrado en la seguridad, en la reducción de complicaciones y en la personalización del tratamiento según las características de cada paciente.

El uso rutinario del consentimiento informado, la entrega de tarjetas informativas y el seguimiento peri y postoperatorio a medio y largo plazo mediante pruebas de imagen, refuerzan el compromiso con la calidad y la información a las pacientes por parte del cirujano plástico.

Además, la encuesta revela un aumento progresivo en la vigilancia y manejo de la cápsula periprotésica en las cirugías de implantes mamarios secundarias, así como en el envío de muestras de las cápsulas extirpadas a estudio histopatológico, reflejando una mayor conciencia de nuestros encuestados sobre patologías emergentes como el LACG-AIM. Aunque su incidencia sigue siendo baja en nuestro ámbito geográfico, su potencial impacto clínico y mediático amerita mantener estrategias activas de detección y educación. En conjunto, los datos obtenidos en este punto aportan información valiosa para la comprensión de la práctica actual del uso de implantes mamarios que en todos los países de la FILACP se acoge a las normativas vigentes, y sirve de base para futuras recomendaciones clínicas y normativas en el ámbito iberoamericano.

Finalmente, uno de los aspectos más novedosos abordados por esta encuesta fue la exploración del fenómeno de explantación definitiva. Aunque su frecuencia sigue siendo relativamente baja en los países encuestados, se identifica un crecimiento moderado en estos procedimientos motivado principalmente por el temor a enfermedades supuestamente relacionadas con los implantes, así como por causas estéticas relacionadas con los cambios fisiológicos o molestias funcionales que de forma natural se producen en las pacientes con el paso de los años. Este hallazgo subraya la creciente influencia en este punto concreto de la encuesta de factores psicosociales y de las informaciones no siempre medicamente contrastadas que se mueven en las redes sociales, así como la necesidad de una comunicación médico-paciente más empática, completa y basada en evidencia científica.

Dirección del autor

Dr. Aniceto Rodríguez Delgado

Correo electrónico: aniceto@rodriguezdelgado.com

Bibliografía

1. **D'Oliveira L, Hugón et al.** Análisis de distribución de género en los congresos Ibero Latinoamericanos de Cirugía Plástica de los últimos 13 años. *Cir plást iberolatinoam.* 2024;50(2):185-194.
2. **Federación Ibero Latinoamericana de Cirugía Plástica:** <https://www.filacp.org/web/>
3. **Sainz-Arregui J., Vaquero Pérez MM.** Tendencia en el uso de implantes mamarios de los cirujanos plásticos ibero latinoamericanos. Estudio FILACP 2010-2020. *Cir plást iberolatinoam.* 2020;46(2):125-140.
4. **de Boer M, Colaris M, van der Hulst RRWJ, Cohen Tervaert JW.** Is explantation of silicone breast implants useful in patients with complaints? *Immunol Res.* 2017;65(1):25-36.
5. **Manzano Surroca M.** Cirujanas plásticas en España. Perspectiva histórica y contextualización. *Cir plást iberolatinoam.* 2020;46(2), 211-222.
6. **Kyriazidis I.** The Brussels Breast Surgery Fellowship | A Three-Month Experience in Advancing Skills in Breast Surgery. *Ann. of Plast Surg.* 2025;94(1):5-9.
7. **Hidalgo DA, Sinno, S.** Current Trends and Controversies in Breast Augmentation. *Plast Reconstr Surg.* 2016;137(4):1142-1150.
8. **Nelson JA, McCarthy C, et al.** BIA-ALCL and Textured Breast Implants: A Systematic Review of Evidence Supporting Surgical Risk Management Strategies. *Plast Reconstr Surg.* 2021;147(5S):7S-13S.
9. **Reisman NR.** Medicolegal Issues in Breast Reduction. *Clin in Plast Surg.* 2016;43(2):441-444.
10. **Hagopian CO, Hagopian TM, et al.** An Expert Consensus Study for Informed Consent in Primary Breast Augmentation Surgery. *Aesth Surg J.* 2021;41(4):162-176.
11. **Whyte S, Bray L, et al.** Factors impacting informed consent in cosmetic breast augmentation. *Breast (Edinburgh, Scotland).* 2023;68:225-232.
12. **Heidekrueger PI, Sinno S, et al.** Current Trends in Breast Augmentation: An International Analysis. *Aesth Surg J.* 2018;38(2):133-148.
13. **Fonseca Portilla G, Vargas Naranjo S.** Reconstrucción mamaria en el Hospital S. Juan de Dios de Costa Rica: un estudio transversal. *Cir plást iberolatinoam.* 2006;32(2):93-98.
14. **Sánchez Wals L, Azaiñ Ayala et al.** Reconstrucción mamaria poscáncer en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de Cuba. *Cir plást iberolatinoam.* 2021;47(1):49-58.
15. **González Gonzála V, Bravo López D. et al.** Primera campaña de reconstrucción mamaria en Cuenca, Ecuador: "Reconstruyendo senos, reconstruimos vidas". *Cir plást iberolatinoam.* 2024;50(2):231-238
16. **Rodríguez-Martín B, Vallejo-Pascual E, et al.** Cáncer de mama y reconstrucción en hospital de tercer nivel de Castilla y León, España. *Cir plást iberolatinoam.* 2018;44(2):177-185.
17. **Novo-Torres A, Lorda-Barraguer E, Laredo-Ortiz C.** Coste de la reconstrucción mamaria en la sanidad pública española según la técnica aplicada. *Cir plást iberolatinoam.* 2014;40(1):13-20
18. **Lagares-Borrego A, Gacto-Sánchez P, et al.** Coste preciso de la reconstrucción mamaria con colgajo DIEP e implantes en un hospital público del sistema sanitario español. *Cir plást iberolatinoam.* 2015; 41(4):399-407.
19. **Gomes Rodrigues TA, López Ojeda AB, et al.** Papel del cirujano plástico en una Unidad de Mama: 20 años de experiencia. *Cir plást iberolatinoam.* 2013;39(2):137-143.

20. Jiménez-Muñoz-Ledo G, De León-Jasso A, et al. Campañas de reconstrucción mamaria en Guanajuato, México. *Cir plást iberolatinoam*. 2018;44(4):449-453.
21. Arellano-Martínez R, Ramírez-González L, et al. Reconstrucción mamaria postmastectomía. Análisis y resultados en un hospital de tercer nivel en México. *Cir plást iberolatinoam*. 2018;44(2):187-191.
22. Zambrana Rojas T, Vallarta Rodríguez A, Duarte y Sánchez A. Labor de proyección humanitaria de la FILACP. Campaña 2019. *Cir plást iberolatinoam*. 2019;45(4):449-456.
23. Arroyo-Fonseca P, Ortega-Caudillo L. Campaña de reconstrucción mamaria "Mujeres apoyando a mujeres". *Cir plást iberolatinoam*. 2017; 43(1):97-102.
24. Benito Ruiz J. Preferencias de uso de implantes mamarios entre los miembros de la Asociación Española de Cirugía Estética Plástica: encuesta 2019. *Cir. plást iberolatinoam*. 2020;46(4): 411-420.
25. Asaad M, Offodil AC, et al. Management of Symptomatic Patients with Textured Implants. *Plast Reconstr Surg*. 2021;147(5S):58S-68S.
26. Adams WP Jr, Culbertson E J, et al. Macrot textured Breast Implants with Defined Steps to Minimize Bacterial Contamination around the Device: Experience in 42,000 Implants. *Plast Reconstr Surg*. 2017;140(3):427-431.
27. Torres Pérez A, Gijón Vega M, et al. Linfoma anaplásico de células grandes e implantes mamarios: revisión sistemática de las casuísticas publicadas. *Cir plást iberolatinoam*. 2020;46(1):25-36.
28. Rubi CG, Lozano JA, Pérez-Espadero A, Leache ME. Comparing Round and Anatomically Shaped Implants in Augmentation Mammoplasty: The Experts' Ability to Differentiate the Type of Implant. *Plast Reconstr Surg*. 2017;139(1):60-64.
29. Namnoum JD, Largent J, et al. Primary breast augmentation clinical trial outcomes stratified by surgical incision, anatomical placement and implant device type. *JPRAS*. 2013;66(9):1165-1172.
30. Stein MJ, Applebaum SA, et al. Practice Patterns in Primary Breast Augmentation: A 16-Year Review of Continuous Certification Tracer Data from the American Board of Plastic Surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2023;152(6):1011e-21021e.
31. Sammour CA, M. Dziubek M, et al. Silicone particles in breast implant capsules: A retrospective single-center study evaluating silicone bleeding. *Anns de Chirur Plast Esthét*. 2025;70(4): 324-334.
32. Bird GR, Niessen FB. The effect of explantation on systemic disease symptoms and quality of life in patients with breast implant illness: a prospective cohort study. *Sci Rep*. 2022; 12:21073.
33. Dey V, Krasniak P, et al. A pipeline to understand emerging illness via social media data analysis: case study on breast implant illness. *JMIR Medical Informatics*. 2021;9(11):e29768.
34. García S, Lena T. Enfermedad asociada a implantes mamarios: ¿cuál es la evidencia actual? *Cir plást iberolatinoam*. 2021;47(2):119-133.
35. Hormaza-Jaramillo A, Romero-Chamorro D, et al. Enfermedad relacionada con implantes mamarios de silicona o síndrome ASIA relacionado con implantes mamarios: consenso de expertos. Asociación Colombiana de Reumatología y Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva. *Cir. plást. iberolatinoam*. 2024;50(4):371-384.
36. Adidharma W, Latack K, et al. (019). Breast Implant Illness: Are Social Media and the Internet Worrying Patients Sick?". *Plast Reconstr Surg*. 2019;145(1):225-227.

