

Instituto de Cirugía Estética y Plástica

mamas

Reducción Mamaria

Mamoplastia de reducción y embarazo

Con la mayoría de las técnicas quirúrgicas que empleamos, una mujer puede quedarse embarazada y dar de mamar a su hijo, a pesar de habersele realizado una mamoplastia de reducción. No obstante, en los casos de reducciones grandes, puede ser necesario recurrir a otras técnicas quirúrgicas que modifican la función de la mama e impiden la lactancia definitivamente.

La mama, a pesar de haberse realizado una operación de reducción y/o elevación, continúa su envejecimiento como una mama no operada, y por tanto el embarazo provocará también, las modificaciones propias de este estado, pudiendo quedar después con signos de flaccidez.

Técnicas de reducción mamaria

Las técnicas quirúrgicas para realizar una reducción mamaria son múltiples.

En general cuando se requiere reducir de forma importante el volumen de las mamas o cuando estas están muy caídas, la reducción mamaria provoca una cicatriz que tiene 3 partes. Una horizontal en el surco submamario, otra circundando la areola y otra en sentido vertical que une las dos anteriores, resultando una forma de T invertida. Estas, son visibles cuando la mujer esta desnuda, pero son fáciles de ocultar con el sujetador o con un bikini de reducido tamaño. No hay cicatrices en el área del escote.

Cuando la reducción no es muy grande, se pueden realizar técnicas que reducen la longitud de la cicatriz horizontal, incluso hasta anularla. En mamas que requieren reducciones mínimas, puede dejarse solamente la cicatriz alrededor de la areola, que queda con el tiempo prácticamente imperceptible.

Para recolocar el complejo areola-pezón en una posición más elevada, es necesario separarlo parcialmente del tejido mamario que lo rodea, dejando únicamente un puente o pedículo de tejido para proporcionarle el riego sanguíneo y la inervación. El grado de separación necesario, depende del tamaño de la mama y del grado de ptosis que esta tenga. Esta separación de los tejidos es la que provoca la pérdida de sensibilidad y la incapacidad para la lactancia, que pueden ser mínimas o inexistentes en casos leves, pero prácticamente totales, en los casos de mamas muy grandes o muy caídas.

Instituto de Cirugía Estética y Plástica

mamas

En nuestra consulta, habitualmente utilizamos para la mamoplastia de aumento, los implantes cuyas características mencionamos a continuación:

- **Pared: silicona en forma sólida**
- **Superficie: rugosa (texturada).**
- **Forma: redonda o biodimensional (en forma de lágrima)**
- **Relleno: suero salino o gel de silicona (cohesivo o fluido)**
- **Marca: MENTOR o McGHAN, ambas de fabricación en Estados Unidos y aceptadas y homologadas por la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo Español.**

Las prótesis que nosotros utilizamos son las más avanzadas y seguras, de las que se dispone actualmente.

Prótesis rellenas de gel de silicona: los implantes con silicona en forma de gel, proporcionan una mama muy natural en cuanto a la consistencia y tacto. Pueden ser redondas o con forma biodimensional (forma de lágrima o anatómicas) y rellenas de un gel de silicona cohesivo (es decir, si la prótesis se rompiera el gel no migraría a otras zonas del organismo).

Prótesis rellenas de suero salino: Su seguridad e inocuidad está probada científicamente. Su relativa desventaja, respecto a los rellenos de gel de silicona, es que proporcionan una mama aumentada que tiene una consistencia más firme y el tacto es más duro, como el de una mama puberal.

Vía de abordaje

Las incisiones en la piel las realizamos en la *semicircunferencia inferior de la areola, de forma que la cicatriz queda camuflada en la unión, de la piel areolar (que es de color más oscuro), con la piel normal, o bien en el surco submamario, es decir en la zona más baja de la mama, de forma que la cicatriz quede oculta al estar de pie y pueda ser fácilmente tapada con un biquini o sujetador.*

Una tercera opción sería la colocación de las prótesis por vía axilar.

Plano de colocación

La prótesis puede colocarse en un espacio o bolsillo que se crea debajo del músculo pectoral mayor (**colocación subpectoral**), **debajo de la fina telilla que recubre el músculo llamada fascia (colocación subfascial) o bien en un plano existente detrás de la glándula mamaria (colocación subglandular).**

La colocación del implante debajo del músculo pectoral mayor, hace que la forma de la mama sea más natural, no siendo apreciable el borde de la prótesis en la parte superior de la mama y además disminuye la incidencia de contractura capsular