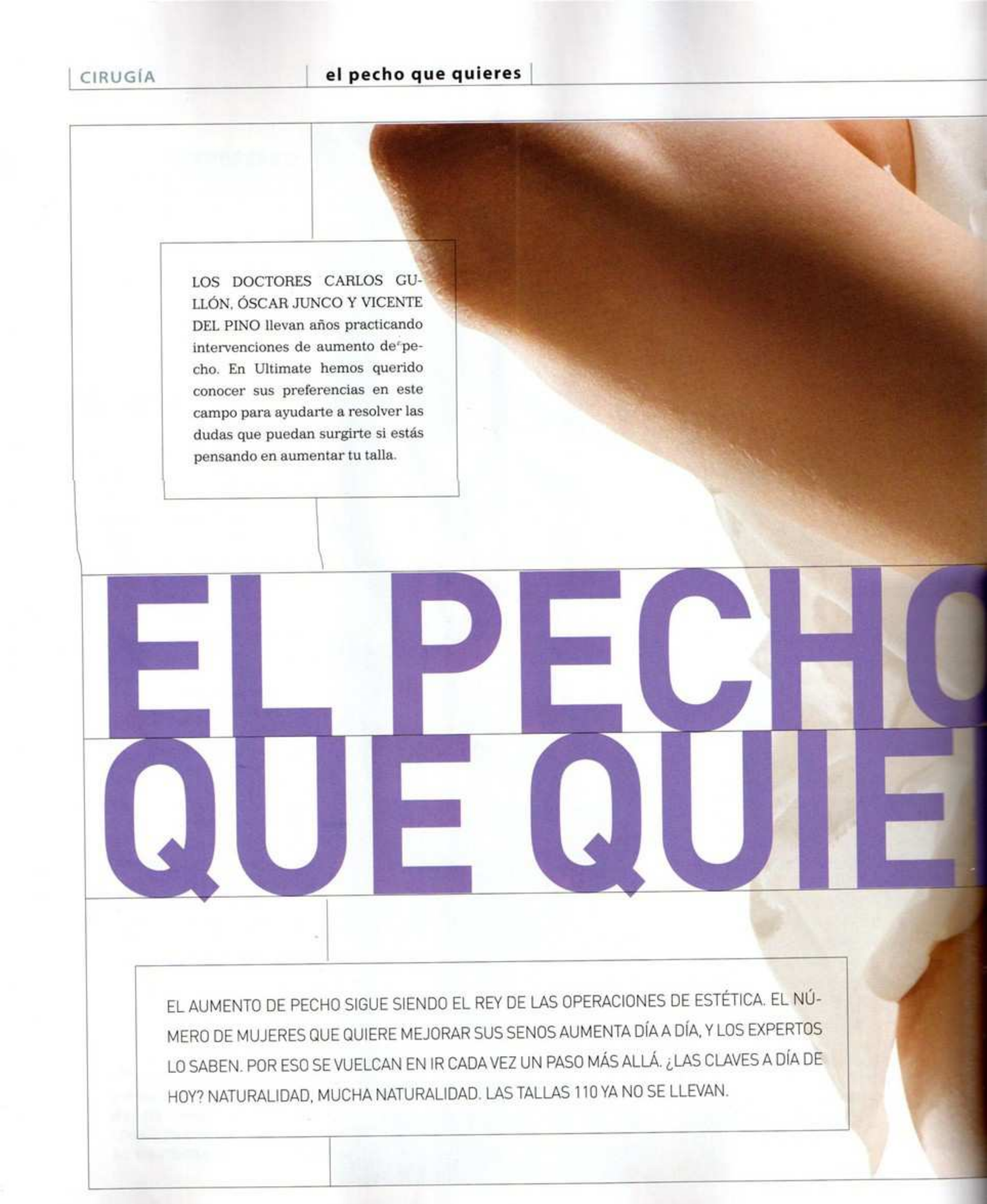

LOS DOCTORES CARLOS GULLÓN, ÓSCAR JUNCO Y VICENTE DEL PINO llevan años practicando intervenciones de aumento de pecho. En Ultimate hemos querido conocer sus preferencias en este campo para ayudarte a resolver las dudas que puedan surgirte si estás pensando en aumentar tu talla.

EL PECHO QUE QUIE

EL AUMENTO DE PECHO SIGUE SIENDO EL REY DE LAS OPERACIONES DE ESTÉTICA. EL NÚMERO DE MUJERES QUE QUIERE MEJORAR SUS SENOS AUMENTA DÍA A DÍA, Y LOS EXPERTOS LO SABEN. POR ESO SE VUELCAN EN IR CADA VEZ UN PASO MÁS ALLÁ. ¿LAS CLAVES A DÍA DE HOY? NATURALIDAD, MUCHA NATURALIDAD. LAS TALLAS 110 YA NO SE LLEVAN.

Por Chelo González

CON LAS TÉCNICAS QUE PREFIEREN LOS ESPECIALISTAS

Dr. Óscar Junco,
cirujano plástico y director médico de la Clínica CIMA

1 ¿Cuál es su técnica preferida?

Personalmente prefiero la vía infraareolar (en la zona de la areola, que circunda al pezón) y la implantación de la prótesis mamaria en el plano subfascial o retromuscular (por detrás de los músculos pectorales).

2 ¿ Por qué?

Prefiero la vía infraareolar por diferentes motivos:

• En primer lugar por muy mala que sea la cicatrización de la paciente, la cicatriz siempre se va a disimular más que si el implante se hace vía axilar o submamaria, ya que queda en una zona de cambio de color y no en medio de una superficie monocolor.

•En todo momento se controla el sangrado intraoperatorio, minimizando al máximo el riesgo de hematoma posterior. No es una cirugía "a ciegas" como en el caso de la vía axilar.

•En tercer lugar se puede definir con exactitud los límites del "bolsillo" donde van implantadas la prótesis, minimizando el riesgo de que queden a diferente altura y sin esperar que factores externos, como el uso de una banda elástica, sean los responsables del resultado final como sucede en la vía axilar.

•Y por último, con esta técnica se puede optar, en muchos casos, por hacer el bolsillo subfascial, es decir, sin lesionar el músculo, con lo cual la recuperación es más rápida.

3 ¿ En qué casos recomienda esta técnica?

Siempre y cuando el diámetro de la areola en extensión no sea inferior a 2,5 centímetros. En cuanto a la implantación retromuscular dependerá de la forma de las prótesis a implantar, del resultado que desee obtener la paciente, de su constitución torácica, del volumen de pecho previo y del tipo de actividad física o trabajo que realice cotidianamente.

4 ¿Qué tipo de prótesis prefiere?

Tanto las redondas como las anatómicas (más similares a la forma natural del pecho), depende de tres factores: del resultado que desee obtener la paciente (natural o exuberante), de su constitución física y del volumen previo del pecho.

Si desea un resultado natural:

A) Mujeres delgadas y con poco pecho: anatómicas por vía subfascial.

B) Mujeres delgadas y con pecho medio: anatómicas por vía subfascial o redondas por vía retromuscular.

C) Mujeres corpulentas y con poco pecho: prótesis anatómicas o redondas por vía subfascial.

D) Mujeres corpulentas y con pecho medio: redondas por vía subfascial.

Si desea un resultado exuberante:

A) Mujeres delgadas y con poco pecho: redondas por vía retromuscular o anatómicas por vía subfascial.

B) Mujeres delgadas y con pecho medio: redondas por vía subfascial.

C) Mujeres corpulentas: redondas por vía subfascial.

5 ¿Cuáles son los posibles riesgos de la intervención?

Hematoma post-operatorio: se minimiza el riesgo con pruebas de coagulación previas correctas, evitando el consumo de aspirina y derivados antes de la cirugía, controlando cuidadosamente el sangrado durante la cirugía, con medicación, drenajes y vendaje un mínimo de 24 horas, llevando sujetador durante 2

Todos los especialistas coinciden: la clave del éxito estriba en lograr unos resultados totalmente naturales.

o 3 semanas las 24 horas y evitando los esfuerzos bruscos las primeras semanas.

Infección: es muy infrecuente si la cirugía se realiza en un quirófano apropiado.

Contractura capsular: es la formación de un exceso de tejido cicatricial alrededor de la prótesis, que acaba comprimida. Si el postoperatorio se produce sin complicaciones es infrecuente que ocurra, sólo podría darse a largo plazo como consecuencia del desgaste de la prótesis o por alteración inmunitaria de la paciente.

6 ¿Cuánto cuesta?

Alrededor de 5.300 €.

Dr. Vicente del Pino,

cirujano y director del Centro de Cirugía Estética Vicente del Pino

1 ¿Cuál es su técnica preferida?

La incisión a través del surco submamario y colocación de la prótesis bajo el músculo. La cicatriz que queda no supera los 3 cm.

2 ¿Por qué?

Porque con esta técnica y usando prótesis anatómicas, la incisión queda escondida; la misma caída de las prótesis hace que el surco submamario quede oculto. Y con la presión de la goma del sujetador la cicatriz se minimiza con los meses.

3 ¿En qué casos la recomienda?

Tanto las prótesis que uso como en cuanto a la colocación tras el músculo pectoral, es para mujeres que se planteen una lactancia natural, pues permite a la mujer dar de mamar y realizarse pruebas radiológicas sin que la prótesis interfiera. Además, el tacto es más natural.

4 ¿Qué tipo de prótesis prefiere?

Creo que las prótesis anatómicas ofrecen un resultado más armónico, pues su forma de lágrima es muy similar a la de la mama natural. Además, sus distintas medidas y proyecciones permiten personalizar cada caso, adaptando la prótesis al contorno torácico y pélvico de cada mujer. Cuando la mujer está de espaldas lo lógico es que las mamas asomen por los costados, algo que las prótesis anatómicas permiten si se colocan correctamente.

Por otro lado, prefiero las anatómicas texturadas para evitar complicaciones tras la cirugía, pues llevan una rugosidades que hacen la superficie del contacto con el cuerpo sea menor y eso reduce el riesgo de contractura capsular al 3 por ciento.

5 ¿Cuáles son los posibles riesgos de la intervención?

Hematomas, infecciones (muy infrecuentes) y, sobre todo, la contractura capsular, que se puede tratar con ultrasonido, aunque los casos graves requieren una nueva intervención quirúrgica para extirpar la cápsula o sustituir toda la prótesis.

6 ¿Cuánto cuesta?

Desde 6.500 €.

7 ¿Las prótesis pueden romperse?

Es inusual y puede deberse a una mala manipulación de la prótesis, al desgaste que sufre el implante con los años o a un traumatismo (un accidente de coche, por ejemplo). Sin embargo, las prótesis de gel cohesivo y consistencia similar a una gominola garantizan que aunque la cubierta se rompa, el relleno permanezca inalterable. Aun así, por supuesto, en cuanto se detecte que está rota, hay que cambiarla.

Dr. Carlos Gullón,
cirujano plástico Clinica Fenm

1 Cuál es su técnica preferida?

La implantación de las prótesis a través del surco mamario y bajo el músculo pectoral.

2 ¿Por qué?

Porque mantiene intacta la arquitectura de la mama, respetando al máximo el tejido que después cubrirá el implante. De esta forma se evita cualquier irregularidad y permite, además, mantener la prótesis en posición en aquellas pacientes con tejidos laxos (flácidos) en las que el implante, de otro modo, podría descender más de lo deseado.
Por otro lado, además de los riesgos de contaminación bacteriana las alteraciones de la sensibilidad se disminuyen con esta técnica. Personalmente, considero que es la técnica ideal para el control y seguimiento de la mama desde un punto de vista ginecológico.

3 ¿ En qué casos recomienda esta técnica?

En aquellos casos en los que no es necesario actuar sobre el complejo areola-pezón por estar éste en buena posición, no demasiado caído.

4 ¿Qué tipo de prótesis prefiere?

Esto depende de la conformación de la mama y de su volumen previo. Pero, en general, suelo poner más prótesis de forma anatómica. Se constata un resultado más natural.

5 ¿Cuáles son los posibles riesgos de la intervención?

La complicación principal y específica de esta cirugía es la contractura capsular. En nuestro caso es inferior al 1 por ciento en pacientes operadas y seguidas durante cinco años, pero sigue siendo el principal aspecto a resolver dentro de la cirugía de aumento mamario.

6 ¿Cuánto cuesta?

El precio oscila entre 5.800 y 6.500 €.

7 ¿Las prótesis caducan?

No tienen una caducidad expresa. Conviene intensificar el control mediante pruebas de imagen a partir de los diez años, pero eso no significa que sea necesario sustituir el implante. No hay fechas fijas para sustituir las prótesis, solo controles periódicos para evaluar su estado y los tejidos circundantes.

8 ¿Hay límites de edad para realizar un aumento?

No hay edades, solo estados de salud. El límite de edad mínimo debe ser aquel en el que se haya completado el desarrollo y exista suficiente madurez mental. Normalmente no operamos a pacientes menores de 18 años, aunque hay que evaluar cada caso de modo específico. El límite de edad superior lo da las condiciones generales de la paciente, no una edad concreta.

TE AYUDAN A CONSEGUIR EL PECHO DE TUS SUEÑOS

- **Dr. Óscar Junco,** Barcelona. Clínica CIMA. Tel. 935 522 726. www.drjunco.com
- **Dr. Carlos Gullón,** Madrid. Tel. 91 576 64 75. www.femmcirugiaestetica.com
- **Dr. Vicente del Pino,** Madrid. Tel. 915 768 008 www.drdelpino.com
- **Dr. Sergio Fernández,** Madrid. Clínicas Dorsia en Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Málaga, Alicante, Benidorm, Castellón, Murcia, Zaragoza, Mallorca Tel. inf. 902 367 742 www.dorsia.es
- **Dra. Esther Lliró Arcos,** Barcelona. Tel. 932 540 335. www.arcosmedic.com
- **Dra. Patricia Mancebo,** Madrid. Tel. 915 565 969 y 630 035 324
- **Dr. Mario Redondo,** Sevilla. Tel. 954 237 197 www.marioredondo.com
- **Dr. Moisés Martín,** Madrid. Tel. 914 356 776 www.moisesmartinanaya.com
- **Dr. Jesús Benito,** Barcelona. Tel. 902 013 713 www.antiaginggroupbarcelona.com
- **Dr. Daniel Rodríguez,** Las Palmas de Gran Canaria Tel. 928 366 582 www.icmce.com