

Mastoplastias de aumento - Expansión intraoperatoria rápida (IREBA)

Increased mastoplasties - Fast intraoperative expansion

Claudio G. Ghilardi¹

RESUMEN

La expansión de tejidos es un procedimiento bien aceptado con el objetivo de aumentar superficie o volumen de tejidos mediante fuerza expansiva. La expansión intraoperatoria rápida en mastoplastias de aumento (IREBA - intraoperative rapid expansion breast augmentation) nos ha brindado una ostensible ayuda en la obtención de buenos resultados quirúrgicos, especialmente en las mastoplastias de mamas asimétricas. Se presenta un simple y fácil recurso para efectuar el decolamiento del bolsillo protésico y determinar el mejor volumen a colocar. Luego de una meticulosa hemostasia, introducimos un expansor (sizer) redondo de 600 cc, el cual es llenado con solución salina hasta lograr el volumen deseado, para luego sobreexpandirlo hasta su máxima capacidad. Se evaluaron 150 casos aleatorizados de procedimientos efectuados en el período 1998-2015, y no se registraron complicaciones en la serie atribuibles al procedimiento.

Palabras claves: mastoplastia de aumento, expansión intraoperatoria rápida.

ABSTRACT

Tissue expansion is a well-accepted procedure to stretch and grove tissues in response to expansive forces. Intraoperative rapid expansion in breast augmentation (IREBA) has significantly improved our surgical results.

In this paper, the author presents an easy technical resource to perform a breast pocket, and to determine the best implant size, specially to breast asymmetries management. After a meticulous haemostasis, a round base expander (600 cc) is introduced and filled with saline solution with a 60 cc. syringe or electric pump device, to obtain the augmentation size. Then, we continue filling the expander to twice the volume of the final prosthesis size. We randomly evaluated 150 patient records of mammary augmentation procedures between 1998-2008, and no major complications were noted in our series performed with this procedure.

Key words: breast augmentation, intraoperative rapid expansion.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA | ABRIL - JUNIO DE 2017 | VOLUMEN 23 | NÚMERO 2 | PÁGINAS 55-58

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo, el autor presenta un simple recurso técnico para realizar el decolamiento del bolsillo y determinar el mejor volumen del implante definitivo. Algunas ventajas de esta técnica (IREBA), incluyen estudios de Barker⁹, que indican una menor colonización bacteriana en los tejidos, una hemostasia de los pequeños vasos y un mejor control de los límites del bolsillo (Radovan)²⁻³.

La ventaja más importante es poder lograr una exacta medida del implante, especialmente en el manejo tan frecuente de las asimetrías mamarias, dado que el tamaño de un implante a colocar depende de una estimación subjetiva y que la mera colocación de un implante delante del tórax en el preoperatorio de ningún modo reflejará la forma y volumen final a obtener en el posoperatorio. Por lo tanto, para la determinación del volumen óptimo, es más preciso el llenado de un implante de prueba en el espacio anatómico elegido.

MATERIAL Y MÉTODOS

Efectuamos la marcación preoperatoria para obtener simetría; líneas verticales medianas del eje mamario; del surco submamario real y por lo general otra 2 cm más baja (**Figura 1**). Bajo sedación profunda (propofol-midazolam), efectuamos una infiltración local con lidocaína con epinefrina al 2% en dilución al 0,50%, 160 cc (**Figura 2**). En todos nuestros casos utilizamos la vía de acceso subareo-

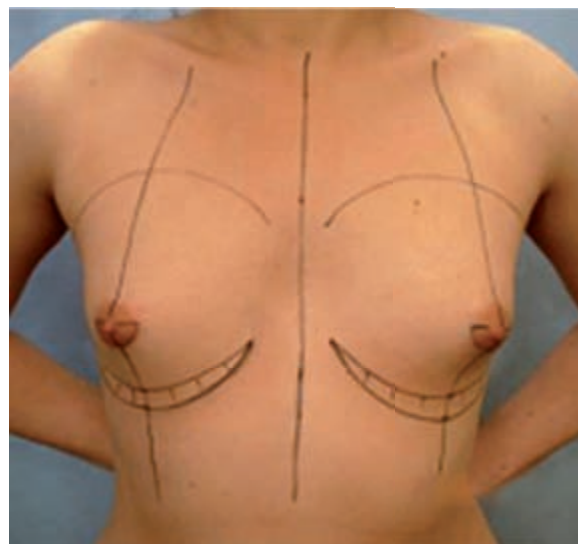


Figura 1. Marcación preoperatoria.

1. Cirujano Plástico Consultor. Instituto de Cirugía Plástica. Mar Del Plata, Argentina. Miembro Titular SACPER. ISAPS Life Member. ASPSP International Member.

✉ Correspondencia: Dr. Claudio G. Ghilardi | revista@sacper.org.ar

El autor no declara conflictos de intereses

Recibido: 07/07/2017 | Aceptado: 29/7/2017



Figura 2. Infiltración con lidocaína 2% con ep. En dilución al 0,50%.



Figura 3. Expansor redondo de 600 cc. Llenado con jeringa de 60 cc.

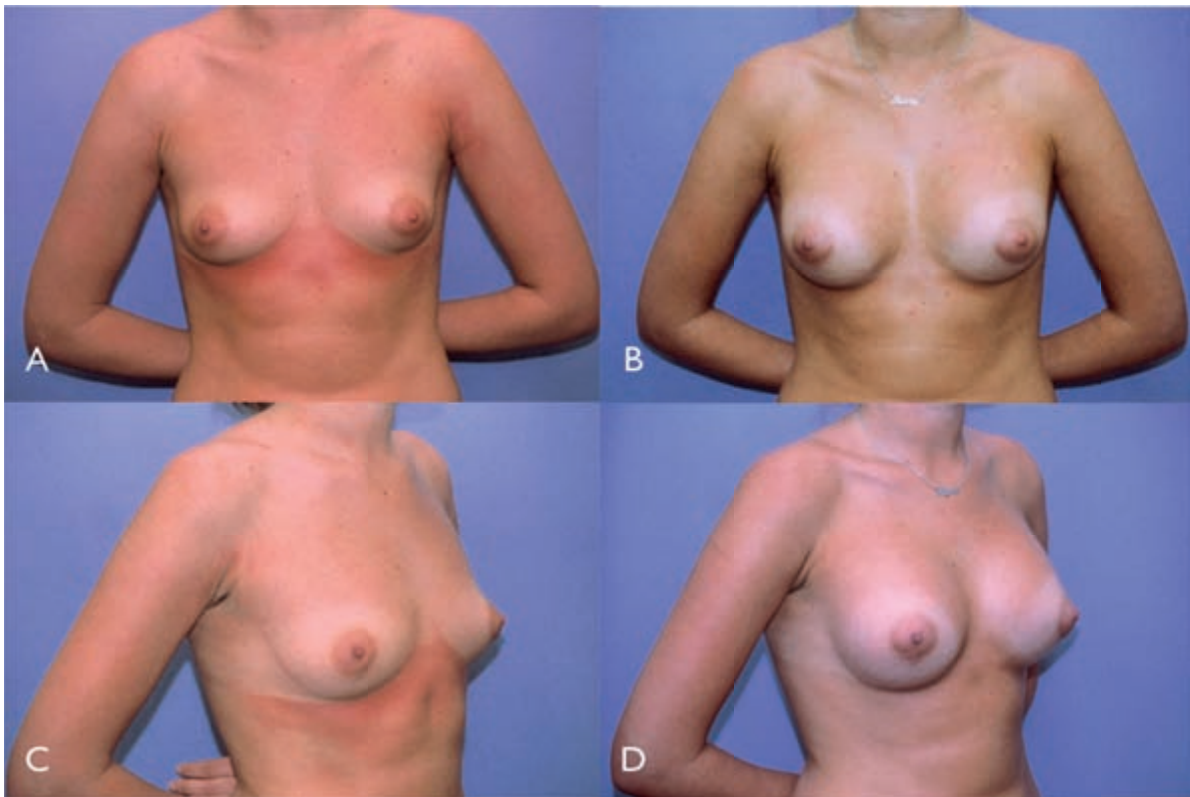


Figura 4. A, C. Paciente de 24 años, preoperatorio. B, D. Posoperatorio a los 6 meses. Implante redondo de 280 g.

lar. Decolamos el bolsillo con disección roma y maniobra digital; efectuamos hemostasia por electrocoagulación.

En plano retropectoral (95% de los casos), efectuamos un decolamiento de las inserciones costales y paraesternales del pectoral mayor, debilitándolas pero sin llegar a la sección completa del músculo. No utilizamos la disección por electrobisturí, ya que creemos que es un factor de generación de fibrosis periprotésicas.

Luego de una meticulosa hemostasia, introducimos un expansor (*sizer*) el cual es llenado con jeringa de 60 cc

o mediante bomba de infusión eléctrica, hasta obtener el llenado deseado (Figura 3).

Luego de efectuar la sobreexpansión, pasamos al lado contralateral, donde se repite el procedimiento. Finalmente, y posterior a repasar la hemostasia, hacemos cambio de guantes y nuevos campos, antes de colocar el implante definitivo. Colocamos un drenaje k-30 en todos los casos y luego cerramos en un plano subdérmico areolar con sutura reabsorbible 5-0 y un plano dérmico con monofilamento 5-0.

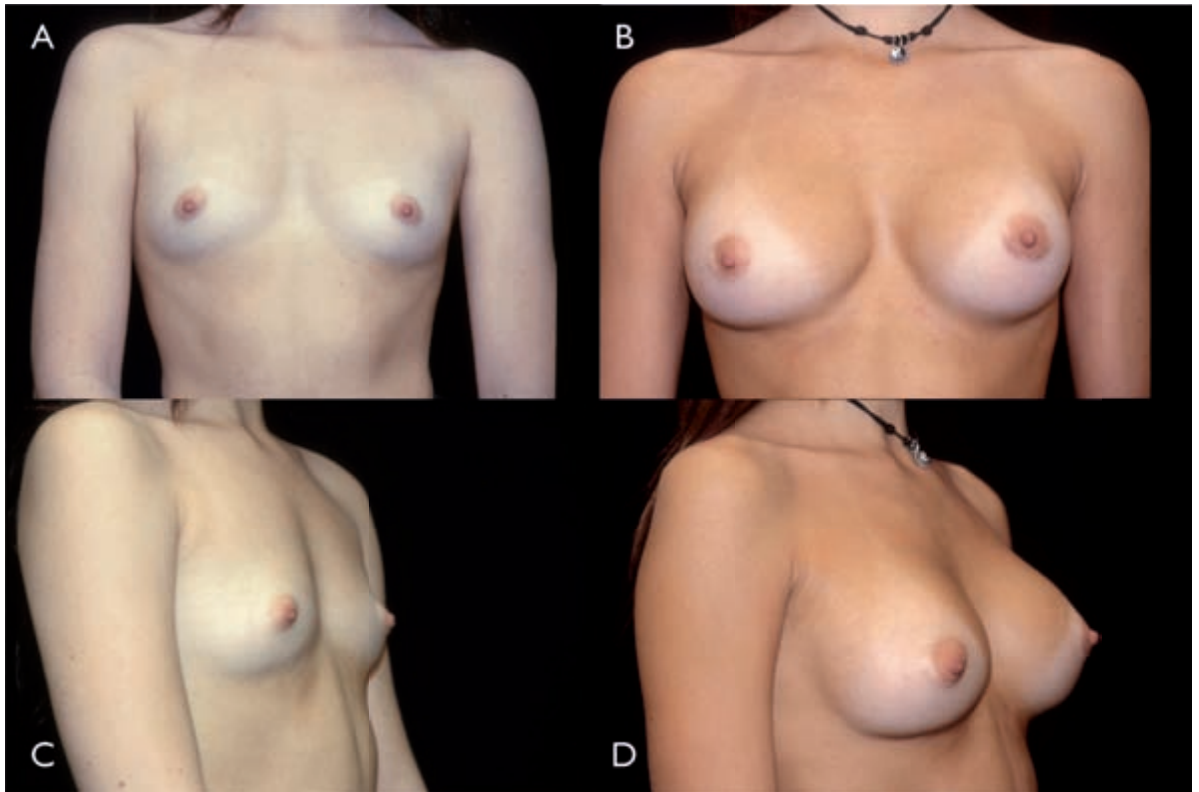


Figura 5. A, C. Paciente de 28 años, preoperatorio. B, D. Posoperatorio a los seis meses. Implante redondo de 360 g.

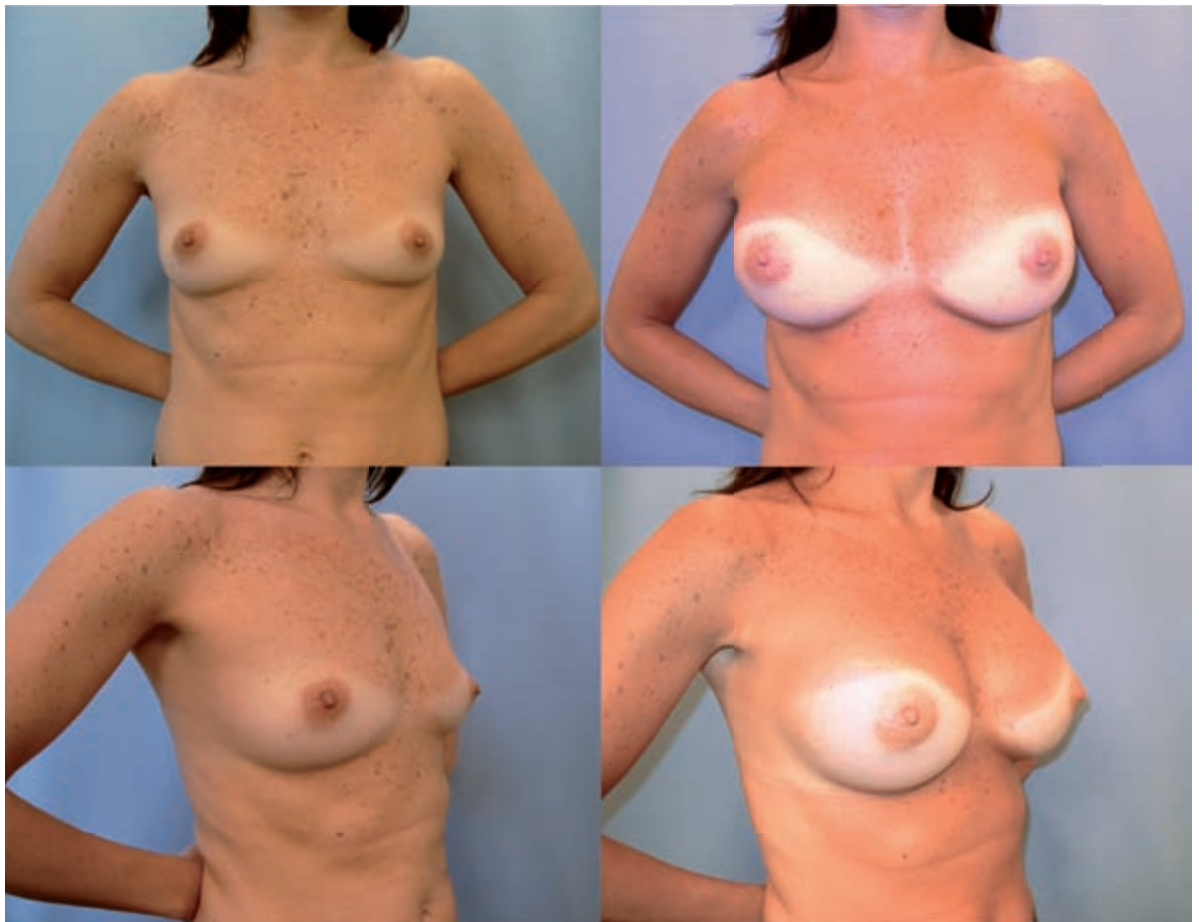


Figura 6. A, C. Paciente de 26 años, preoperatorio. B, D. Postoperatorio a los dos meses. Implante redondo de 340 g.

RESULTADOS

Para este trabajo se evaluaron 150 procedimientos aleatorizados efectuados en el periodo 1998-2015. Este procedimiento nos brinda una fácil manera de determinar el tamaño y límites del bolsillo, además de facilitar su decolamiento. En especial nos permite una precisa determinación de las diferencias de volumen en las asimetrías mamarias, siendo nuestros resultados finales altamente satisfactorios (**Figuras 4, 5, 6**).

Las complicaciones se presentan en la **Tabla 1**, y no son atribuibles al método de expansión. La tasa de contractura capsular fue del 6,66% (Baker 1.2.3); no se han registrado infecciones. En dicha serie de casos se registraron hematomas en dos ocasiones (1,33%), que fueron evacuados y efectuando lavado de cavidad y reinsertación de implante, no obstante produciéndose una contractura capsular moderada (Baker 2).

DISCUSIÓN

Para introducirnos en el tema, debemos mencionar a Neumann¹, quien en 1957 utilizó por primera vez un proceso de expansión en cirugía plástica. Pero no fue hasta 1982, en que Radovan^{2,3} aplicó el procedimiento en reconstrucción mamaria. Numerosos autores luego del anterior han descripto la técnica de expansión

de tejidos con progresivas inyecciones de solución salina^{2,3,8,11-13}. Sasaki^{4,5}, en 1988, publica un trabajo en el que aplica expansión intraoperatoria rápida en pequeñas áreas (ISLE - *intraoperative sustained limited expansion*). Abramo, Viola y Angelo¹⁵ introducen la expansión intraoperatoria rápida en reparación de fisuras de paladar (IRPE - *intraoperative rapid expansion*). En 1998, Robles⁷ hace una presentación no publicada, aplicando el método en reconstrucciones mamarias. En 2003, Pusic y Cordeiro⁸ presentan 370 reconstrucciones mamarias, con expansión posoperatoria entre los 10 a 14 días. No hemos encontrado ninguna publicación nacional o extranjera sobre el uso de expansión rápida intraoperatoria en mastoplastias de aumento. Hemos utilizado el método en forma sistemática desde hace más de veinte años, con total satisfacción por las ventajas que él nos ofrece.

CONCLUSIONES

Consideramos al método de expansión intraoperatoria rápida en mastoplastias de aumento (IREBA) como un procedimiento simple, seguro y de muy rápida ejecución, que nos ofrece una invaluable ayuda en el control de los límites del decolamiento del bolsillo y en la determinación del tamaño final del implante a colocar especialmente en presencia de asimetrías mamarias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Neumann CG. The expansion of an area of skin by progressive distension of subcutaneous balloon. *Plast Reconstr Surg* 1957;19:124.
2. Radovan C. Breast reconstruction after mastectomy using the temporary expander. *Plast Reconstr Surg* 1982;69:195.
3. Radovan C. Tissue expansion in soft-tissue reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1984;74:482.
4. Sasaki GH. Intraoperative expansion as an immediate reconstructive technique. *Facial Plastic Surgery* 1988;5(4):362-78.
5. Sasaki GH. Intraoperative sustained limited expansion (ISLE) as an immediate reconstructive technique. *Clin Plast Surg* 1987;14:563.
6. Wee SS, et al. Continuous versus intraoperative expansion in the pig model. *Plast Reconstr Surg* 1992;90(5):808-14.
7. Robles J, et al. Reconstrucción mamaria con expansión tisular rápida intraoperatoria 1998 (unpublished).
8. Pusic AL, Cordeiro PG. An accelerated approach to tissue expansion for breast reconstruction: experience with intraoperative and rapid postoperative expansion in 370 reconstructions. *Plast Reconstr Surg* 2003;111(6):1871-5.
9. Barker D, et al. Resistance of rapidly expanded random skin flaps to bacterial invasion. *J of Trauma-Injury Infection & Critical Care* 1987;27(9):1061-65.
10. Greenbaum SS, Burke LA. Intraoperative tissue expansion. *Dermatology Nursing* 1992;4(2):117-23.
11. Johnson TM. Immediate Intraoperative tissue expansion. *J Am Acad Dermatol* 1990;22(2pt1):283-7.
12. Becker H. Expansion augmentation. *Clin Plast Surg* 1989;15:587.
13. Persoff M. Expansion - augmentation of the breast. *Plast Reconstr Surg* 1993;91:393.
14. Iwahira Y, Maruyama Y. An investigation of tissue expansion techniques, centering around subacute rapid tissue expansion. *Jpn J Plast Reconstr Surg* 1988;31:632.
15. Abramo AC, et al. Intraoperative Rapid Expansion in Cleft Palate Repair. *Plast Reconstr Surg* 1993;91:441.