

Cirugía plástica y estética de la mama. Problemas y soluciones ante una demanda creciente

La medicina, en todos sus campos, ha heredado los progresos que las distintas ciencias básicas iniciaron a principios del siglo pasado y que a lo largo de toda la centuria siguieron progresando.

La cirugía, y en concreto la cirugía plástica, ha evolucionado enormemente en los últimos años, pudiendo aportar nuevas y mejores soluciones en todos los ámbitos.

A. Carbonell Boria
Clínica Planas. Barcelona.

Tener unos senos atractivos es un deseo normal de toda mujer. Una alteración en su forma, su tamaño, ambas cosas a la vez o su mutilación puede ocasionar complejos y repercusiones psicológicas para quien lo padece. Por tanto, no es justo frivolar con el tema.

En los albores de este tercer milenio, no podemos ser ajenos a los cambios de costumbres, hábitos y valores que está sufriendo nuestra sociedad.

Desde la posición del médico de cabecera ¿qué necesita saber éste para poder orientar y dirigir a una mujer que acude a su consulta solicitando consejo y criterio?

Cirugía estética de la mama

El seno es uno de los elementos más importantes en la belleza de la mujer, así como un símbolo de su sexo y un emblema de la maternidad.

La valoración estética de la forma y tamaño del pecho está íntimamente relacionada con factores esencialmente culturales aunque, cada vez más, determinados por criterios totalmente efímeros como son las modas. Así, por ejemplo, no tiene nada que ver el ideal estético de la cultura occidental con el de algunas culturas africanas. ¿Cuáles son los problemas más frecuentes con los que una mujer acude a la consulta de un cirujano plástico con respecto a sus senos?: la hipertrofia (exceso de volumen), la hipoplasia (falta de desarrollo), la asimetría (más o menos manifiesta), la ptosis y la amputación posmastectomía.

Son muchos los reportajes, artículos o cuñas publicitarias que sirven hoy en día para divulgar de una forma más o menos fidedigna esta «patología» y su tratamiento. Por ello, se ha llegado a desdramatizar tanto el tema que parece que una intervención de este tipo es semejante a ir a la peluquería o a una *boutique* olvidándose de que en realidad es un acto medicoquirúrgico, que requiere de una consulta médica para conocer, estudiar y valorar el problema y dar una orientación terapéutica, con explicación pormenorizada de todos los posibles riesgos, inconvenientes, complicaciones y, por supuesto, de las ventajas y la adecuada y correcta ejecución quirúrgica cuando sea necesario.

Con el ánimo de ser más didácticos, vamos a exponer tres apartados: reducción-elevación mamaria, aumento mamario y reconstrucción posmastectomía.

Reducción-elevación mamaria

Sin lugar a dudas no hay límite de edad para indicar esta técnica, pues en los raros casos de hipertrofia virginal de la mama que se presenta en las adolescentes, será apropiada para poder permitir a la paciente seguir una vida social normal sin desarrollar complejos ni actitudes posturales viciadas.

Como sabemos, el seno femenino está constituido por una glándula exocrina, que desemboca en el pezón y una mayor o menor proporción de tejido graso que son contenidos por la piel que le da forma y la mantiene en su posición en el tórax femenino.

Mucho se ha hablado y escrito sobre el papel de los tejidos profundos (léase fascia o músculo pectoral) en su papel de mantener el pecho en su implantación en el tórax. Nada más falso. La piel es el único sostén de la mama, dependerá de su calidad y elasticidad para que un seno esté en su posición correcta y sea atractivo desde el punto de vista estético o no. Anatómicamente, la mama sólo tiene un punto fijo que es el surco submamario, todo lo demás es susceptible de moverse y desplazarse sin ninguna acción quirúrgica.

Este tipo de intervenciones deja unas cicatrices residuales que no desaparecen nunca, aunque el paso del tiempo se encarga de minimizarlas, es por ello que resulta fundamental la correcta colocación de las cicatrices finales para obtener un resultado funcional y estéticamente óptimo.

Las técnicas más fiables, hoy día, para la reducción mamaria son las conocidas como T invertida y cicatriz vertical. Indicar una de ellas en lugar de la otra va a estar en función, principalmente, de: *a)* calidad cutánea (las estrías en el polo superior de la mama desaconsejan

la técnica en cicatriz vertical), y *b)* la edad de la paciente, a menor edad se indica menor cicatriz, es decir, reducción con cicatriz vertical en pacientes menores de 25 años.

Se complementará la exploración con la realización de mamografías para descartar cualquier patología y poder actuar sobre ella en caso de que apareciera.

Previamente a la intervención quirúrgica y con la paciente sentada o de pie, se procede al diseño y marcado de la reducción y se acuerda con la paciente el tamaño final deseado. No hay medidas estándares. Habitualmente, la mujer solicita orientación al especialista, pero es ella la que toma la decisión final, en cuanto al tamaño y la forma. Esto no quiere decir que el cirujano deba hacer exactamente lo que le pidan, si según su criterio no tiene sentido. Hemos de pensar que una vez incididos los tejidos, no hay marcha atrás sin dejar la huella de la cicatriz. Un cirujano puede negarse a operar a una paciente porque no comparte el criterio, pero si se compromete a operar tiene la obligación moral y legal de obtener el resultado solicitado por su paciente.

La intervención se realiza bajo anestesia general; habitualmente, se utiliza infiltración de la zona a operar de solución vasoconstrictora, para reducir la hemorragia intraoperatoria y permitir una recuperación más rápida de las pacientes. El ingreso hospitalario suele oscilar entre 24 y 36 h de postoperatorio. Cuando la paciente es dada de alta, suele hacerlo con un mínimo apósito y un sujetador suave.

Las molestias postoperatorias dependen de la sensibilidad de cada persona, lo más habitual es que la mayor intensidad se manifieste durante la primera semana y que progresivamente vaya cediendo hasta las 3-4 semanas.

Hasta que no han transcurrido un número mínimo de 8-10 semanas, no quedará establecida la forma y el tamaño definitivo, siempre que se mantenga una relativa estabilidad ponderal.

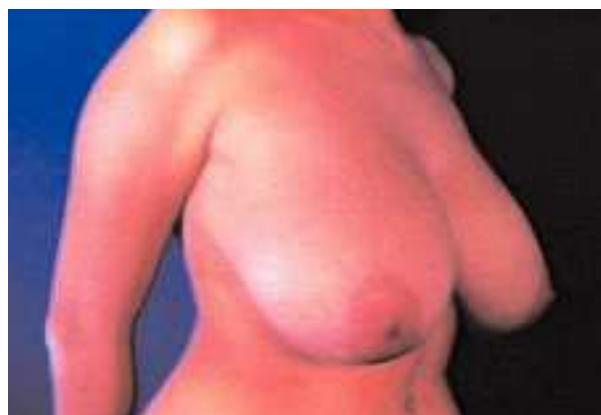


Fig. 1. Reducción mamaria en T invertida, frente y perfil. Antes y después.

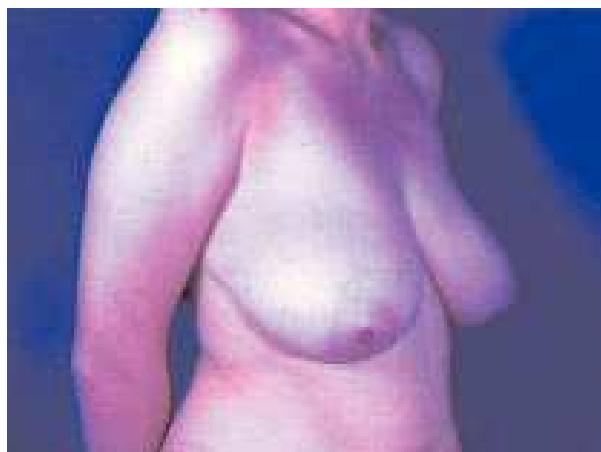


Fig. 2. Reducción mamaria con cicatriz vertical, frente y perfil. Antes y después.

La evolución de las cicatrices, como ya adelantamos, requiere tiempo. Para madurar necesita un mínimo de 6 meses y este proceso puede alargarse en algunos casos hasta los 18 meses. Será conveniente durante este tiempo cuidar dichas cicatrices evitando la exposición solar directa; para ello, se recomienda utilizar filtros protectores de pantalla total.

Últimamente la aplicación de láminas de silicona sobre las cicatrices, durante un período entre 3 y 6 meses, ha demostrado un efecto beneficioso para la prevención de cicatrices queloideas e hipertróficas. La piel de la mama tiende a formar cicatrices de buena calidad, aunque no así la piel del tórax. De ahí la importancia del correcto diseño y ejecución quirúrgica de la mamoplastia de reducción en T invertida para colocar la cicatriz justo en el surco submamario; así, dicha cicatriz sólo será apreciable cuando la paciente se coloque en decúbito supino.

La ventaja de la técnica con sólo cicatriz vertical es que, basándose en la capacidad retráctil de la piel, no se extirpa todo el excedente de piel y podemos ahorrarnos una cicatriz que, generalmente, es la que evo-

luciona peor dentro del contexto de reducción mamaria; el inconveniente es que la forma final puede no ser tan estable y requerir algún retoque con el tiempo. Muchas mujeres se cuestionan la lactancia y cómo va a influir la reducción mamaria sobre ella. Técnicamente, esta función se mantiene, siempre que no se haya realizado un injerto libre del complejo areolar para la reducción mamaria. Aunque aún en algunos centros de prestigio se utiliza dicha técnica para las gigantomastias, hoy en día gracias al mejor conocimiento de los patrones de vascularización tisular, son muy pocos los cirujanos que aún la practican.

Cuando nos referimos a la alteración de la sensibilidad del complejo areolar, hemos de saber que va a tener una relación directa con el número de centímetros que se requiera desplazar el pezón para conformar la nueva mama. En desplazamientos de 6-8 cm la sensibilidad se mantiene en un 90-95%; en los de 12-15 cm la sensibilidad se pierde hasta en un 35%.

Tras una reducción mamaria, y en función de la edad del paciente, será aconsejable, transcurridos 6-8 meses realizar una nueva mamografía de control para tener un parámetro de estudio y seguimiento de la mama.

Los problemas de dorsalgias, intertrigo y dismorfias pueden ser bien corregidos si la indicación y ejecución quirúrgicas son correctas. Hoy en día, es un tipo de intervención muy frecuente y, aunque no siempre conseguimos erradicar vicios posturales adquiridos a lo largo de los años, sí que se modifican comportamientos y actitudes.

Cuando el problema es la caída del pecho, técnicamente la solución es semejante a la reducción mamaria, en lo que a tratamiento de tejidos y la localización de las cicatrices finales se refiere, sólo en algunos casos se diferirá en la utilización de material de relleno, en el caso de que la paciente no sólo deseé corregir su pecho caído sino también su volumen.

Reducción y elevación mamaria

1. Hay dos técnicas fiables a largo plazo:
En T invertida
Cicatriz vertical
La indicación de una u otra está en función de la edad y calidad cutánea de la paciente
2. Las cicatrices residuales no desaparecen nunca, aunque el paso del tiempo las disimula. Puede modificarse la sensibilidad
3. Ingreso hospitalario entre 24 y 36 h
4. Molestias postoperatorias de 3-4 semanas
5. Tamaño y forma definitiva a partir de las 12 semanas
6. La lactancia no se ve afectada
7. No modifica el riesgo de cáncer de mama

Aumento mamario

Desde la presentación, hace ya casi 40 años, de las prótesis derivadas de material de silicona por Cronin, cirujano norteamericano, sigue siendo este material el más idóneo para poder solucionar los problemas de falta de desarrollo mamario.

Durante todos estos años, la investigación y el desarrollo se ha dirigido a mejorar la calidad del material y su biocompatibilidad, así como el diseño de las prótesis, con el ánimo de obtener resultados más naturales y fiables en el tiempo.

¿En qué consisten básicamente unas prótesis mamarias? En dos componentes: uno externo, que constituirá el continente y que es responsable de las dimensiones de la prótesis y que en todos los casos es un polímero de la silicona, pudiendo ser su superficie lisa o rugosa, y otro interno, que puede variar en los materiales como suero fisiológico, gel de silicona, povidona yodada, polisacáridos, etc.

Actualmente la tendencia más difundida entre los cirujanos es utilizar prótesis de superficie rugosa y de contenido de gel de silicona o de suero fisiológico, por considerar que son las que producen el tacto más natural, siendo al mismo tiempo más inocuas para el organismo.

¿Cuándo estará indicada la utilización de prótesis mamaria? En aquellos casos de agenesia, como el síndrome de Poland, de hipoplasia o falta de desarrollo, en asimetrías y en la corrección de algunas ptosis mamarias.

¿A qué edad? Este es un punto de actual controversia. Aunque son muy pocas las contraindicaciones para colocar unas prótesis mamarias, debemos esperar a que se termine el desarrollo y maduración de los caracteres se-

cundarios femeninos. No es una intervención para realizar a una adolescente, excepto en casos muy claros de asimetría o de agenesia. Hay que saber decir que no, y en todos los demás casos orientar a los padres en soluciones alternativas, hasta que la joven haya completado su desarrollo natural.

¿Cuál es el tipo de anestesia? La intervención quirúrgica, aunque puede realizarse con anestesia local y sedación, es preferible realizarla bajo anestesia general. Anatómicamente, hay dos espacios virtuales para poder colocar las prótesis, uno es subglandular y otro submuscular, es decir, subpectorales. La utilización de uno u otro plano va a estar en función de los tejidos de cobertura y del criterio estético del cirujano.

¿Por dónde se introducen las prótesis? Las vías de entrada más utilizadas son el límite inferior del complejo areola-pezón, el surco submamario y el pliegue axilar. La elección de una u otra está en función del criterio del cirujano, en cada caso.

¿Cuánto tiempo debe permanecer ingresada la paciente? La estancia hospitalaria suele ser también de 24-36 h de postoperatorio. No existe un criterio generalizado en la utilización de drenajes, siendo el hematoma inmediato postoperatorio la complicación que puede presentarse con mayor incidencia.

¿Durán mucho las molestias postoperatorias? La evolución de molestias postoperatorias va a estar en función del plano anatómico donde han sido colocadas las prótesis. Así, cuando se colocan en el plano prepectoral, prácticamente no existe ningún tipo de dolor postoperatorio.

Tras el período inicial de hinchazón postoperatoria, aunque podemos considerar que a partir de los 3 meses el pecho adquiere su forma y volumen definitivo, no es



Fig. 3. Aumento mamario, frente y perfil. Antes y después.

Aumento mamario

1. La silicona es un material inerte
2. Las prótesis pueden implantarse a partir de que termine la maduración de los caracteres secundarios femeninos
3. Hay distintas vías de abordaje: Borde areolar, pliegue axilar, surco submamario
4. Ingreso hospitalario entre 24 y 36 horas
5. La complicación específica de las prótesis mamarias es la contractura capsular: 3-5%
6. Ninguna relación entre cáncer mamario y prótesis
7. La lactancia no se ve alterada
8. El control mamográfico puede estar dificultado

hasta transcurrido un período mínimo de un año que la prótesis se ha integrado en el cuerpo humano. Durante este tiempo, las hipostesias y zonas de anestesia que suelen presentarse desaparecen totalmente en la mayoría de los casos.

¿Cuáles son las complicaciones? Existe una complicación típica de la utilización de las prótesis mamarias conocida como contractura capsular. Hoy en día, el porcentaje de esta complicación se sitúa alrededor del 3-5%. Tras la introducción de cualquier cuerpo extraño –como es una prótesis– el cuerpo humano reacciona formando una barrera y aislando; esta barrea la constituyen básicamente fibras de colágeno, fibroblastos y miofibroblastos. La acción de estos últimos es la responsable de la contractura, que resulta evidente por el hecho de ser la prótesis mamaria un material que debe permanecer blando y la acción de los miofibroblastos es ganarle el espacio creado para albergar la prótesis, comprimiendo las paredes contra ellas mismas. Existen diferentes estadios de contractura capsular y vienen definidos por la clasificación de Baker en grados de menor a mayor sintomatología. Cuando las contracturas son dolorosas o deforman el pecho no queda otra solución que reoperar a la paciente. En cada caso se decidirá el planteamiento concreto que pasa por el de retirar las prótesis definitivamente, modificar el plano de la misma o cambiar el tipo de prótesis. Para minimizar al máximo el porcentaje de contracturas, actualmente se recomienda la administración en el postoperatorio de dosis altas de vitamina E, masajes periprotésicos diarios, durante 6 meses como mínimo, y la utilización de ultrasonidos en el postoperatorio inmediato.

¿Qué hay de cierto entre la relación del aumento mamario y el cáncer de mama? En los últimos años se ha debatido sobre la relación de las prótesis mamarias con el cáncer mamario u otras enfermedades. Podemos afirmar, tras múltiples estudios publicados, que esta relación no existe. Aun así, los controles periódicos por edad deben seguir efectuándose, y las mamografías co-

rrectamente realizadas e interpretadas sirven de control y de diagnóstico, si bien debe conocerse que existen limitaciones que pueden ser importantes. Si existe alguna duda, la utilización de la resonancia magnética servirá para descartar cualquier patología.

¿Dificulta la autoexploración, necesaria en toda mujer, el hecho de llevar una prótesis mamaria? Hay mujeres que se les plantean dudas sobre la autoexploración. Ésta debe seguir realizándose y siempre, en caso de duda, acudir a su senólogo para que pueda orientarle y dirigirle. Las prótesis mamarias correctamente implantadas no ensombrecen la exploración mamaria, incluso en algunos casos puede llegar a facilitarla. Al encontrarse por detrás de la glándula sitúa a ésta en posición más superficial y pueden palparse alteraciones en relación a la prótesis.

¿Puede influir en la lactancia materna el ser portadora de prótesis? La lactancia tampoco se ve afectada, pues la glándula queda totalmente separada de la prótesis, pero sí que aumenta la posibilidad de contractura capsular tras un embarazo, sin conocerse el porqué.

Las prótesis de mama ¿son para toda la vida? Muchos se preguntan la caducidad de las prótesis. Es algo que aún no está totalmente claro. Hay algunos países que recomiendan el recambio cada 10-15 años. Nosotros somos partidarios de renovar las prótesis sólo en el caso de que presenten problemas o que los controles postoperatorios a largo plazo detecten anomalías. En la actualidad el aumento mamario es una de las intervenciones más frecuentes en cirugía estética. El boom seguramente se debe a que cuando no da problemas es una intervención altamente gratificante, por la naturalidad del resultado, el cambio de silueta, lo imperceptible de las cicatrices y la rapidez de recuperación.

Reconstrucción mamaria

Son distintas las razones que impulsan a cada mujer a solicitar la reconstrucción de sus seno/os amputado/os. Una que es casi común a todas ellas es la comodidad de no tener que utilizar una prótesis externa. A la hora de plantearnos la reconstrucción no se trata de crear un bulto sino de devolver la simetría al tórax mutilado.

Seguramente es éste uno de los apartados en que mejor se constatan los avances de la cirugía plástica en las últimas décadas.

Al igual que ha aumentado la calidad en el diagnóstico y en la terapia de la neo de mama, se ha incrementado la calidad en los resultados que se pueden ofrecer a la mujer que ha tenido la desdicha de sufrir una mutilación.

Fundamentalmente, existen dos tipos de reconstrucción mamaria: la que utiliza tejidos autólogos del propio organismo y la que utiliza material protésico. La decisión de que la reconstrucción sea inmediata o diferida la tomarán conjuntamente el oncólogo, el cirujano plástico y la paciente.

Hemos de partir de la base de que un pecho reconstruido nunca será idéntico al pecho que existía antes, y esta es una cuestión que la paciente debe tener muy clara.

Nosotros, como cirujanos, podemos devolver una forma, un volumen, una textura, una simetría y, en definitiva, recuperar la autoestima de la paciente, pero siempre será a costa de nuevos pasos por quirófano, nuevas molestias postoperatorias y nuevas cicatrices.

No hay una técnica universal que se adapte perfectamente a todos los casos, cada una tiene unas indicaciones y contraindicaciones, sus pros y sus contras. Por ello, a cualquier mujer debe ofrecérsele un mínimo de dos posibilidades terapéuticas diferentes para que ella pueda escoger la que más le pueda satisfacer, tras escuchar y comprender las ventajas e inconvenientes de cada una.

Aunque desde el punto de vista del cirujano plástico la reconstrucción puede realizarse siempre que se quiera, somos partidarios de que sea el oncólogo el que indique el momento de iniciarla.

Como ya hemos dicho anteriormente, hay dos grandes grupos de reconstrucción, las que necesitan utilizar prótesis mamarias y las que no.

Son muy pocos los casos en que simplemente con la utilización de una prótesis directa podemos reconstruir el pecho amputado. En la mayoría tendremos la necesidad de aportar tejidos a la zona de reconstrucción para que puedan albergar dicha prótesis o bien necesitaremos utilizar un expansor tisular para conseguir distender lo suficiente la piel para en un segundo acto quirúrgico incluir la prótesis.

Es excepcional que sólo con la utilización de una prótesis, aunque también utilicemos colgajos de vecindad para aportar tejidos, consigamos reproducir la simetría de la mama contralateral. Por ello, la mama sana requerirá ser ajustada, generalmente en el momento en que se procede a la reconstrucción del complejo areola-pezón. Estas intervenciones suelen realizarse bajo anestesia general y el proceso de recuperación postoperatorio suele ser rápido y poco doloroso.

Las zonas donantes de tejidos suelen ser:

- La espalda, con el colgajo musculocutáneo del gran dorsal –que se alimenta de la arteria toracodorsal y que puede aportarnos una buena cantidad de tejidos tunelizados a través de la axila– y que nos dejará una cicatriz en la espalda, generalmente camuflada en el sujetador, y una elipse de piel de diferente tono en la mama.
- La pared anterior del abdomen, utilizando como cobertura muscular para la prótesis, la fascia del recto anterior del abdomen y el oblicuo, y no tendremos otra cicatriz en la mama que la antigua de la mastectomía.
- Un colgajo triangular de la pared superior lateral del abdomen que se nutre a través de perforantes fasciales, quedando la cicatriz escondida en el pliegue submamario.

La experiencia nos dice que este tipo de reconstrucciones pueden ofrecernos resultados funcional y estéticamente satisfactorios a corto y largo plazo, siempre que no se presente una contractura capsular, muy importante (la incidencia en reconstrucciones posmastectomía se incrementa a más de un 40%) o que la pared del tórax haya sido irradiada, pues van a presentarse problemas sobre todo a partir de los 5 años de la reconstrucción. En los casos en que la reconstrucción mamaria se basa en la no utilización de material inerte, ésta puede realizarse mediante técnicas microquirúrgicas o no. Aunque existe la posibilidad de utilizar otros colgajos, hoy en

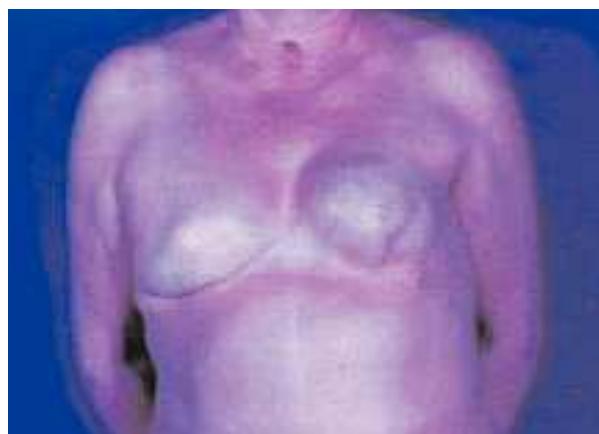


Fig. 4. Fracaso de una reconstrucción mamaria anterior. Reconstrucción total ambas mamas con TRAM flap bilateral, frente y perfil. Antes y después.



día los más usados son los del abdomen inferior, en primer lugar, y el gran dorsal con diseño en flor de lis y utilizando toda la grasa de la espalda, en segundo lugar. La complicación intra y postoperatoria de este tipo de reconstrucciones es mayor, por ello se requiere una «selección» muy meticulosa de las pacientes a quienes ofrecerla. Estará contraindicada en mujeres con cicatrices abdominales, fumadoras, obesas, con diabetes, etc. En el caso de realizar la reconstrucción con el colgajo del abdomen inferior, tenemos el efecto añadido de conseguir una lipectomía abdominal estética, la cicatriz de la zona donante quedará camouflada en la línea de una prenda de baño como el biquini.

La ventaja de esta técnica es que podemos reproducir exactamente la forma, el volumen y la movilidad de la mama contralateral.

Una de las mayores complicaciones será la hernia postoperatoria que puede presentarse si no hemos reparado perfectamente la pared abdominal.

El colgajo musculocutáneo del recto del abdomen se basa en la arteria epigástrica superior, rama de la maria interna y que, gracias a las interconexiones que existen en el interior del músculo recto abdominal con la epigástrica inferior, puede levantarse la piel y grasa del abdomen inferior, siempre que mantengamos íntegras las perforantes, que van desde el músculo a la grasa y piel.

No trasladamos todo el músculo sino el tercio medio, que es por donde transcurre la arteria, y procuramos mantener íntegros los terminales nerviosos musculares. Para preservar la función sólo se secciona el ramo VII intercostal para provocar la atrofia del pedículo y así no distorsionar la zona reconstruida. Tras levantar el colgajo, se tuneliza en la parte superior del tórax para trasladarlo a la zona a reconstruir.

En los últimos años, con el mejor conocimiento de los territorios vasculares, podemos, mediante técnicas microquirúrgicas y basándonos en una perforante de la epigástrica inferior, reconstruir totalmente la mama, sin necesidad de afectar la pared muscular.

El hecho de poder reconstruir todo el pecho sólo con grasa y piel autólogo hace que con los años la simetría conseguida se mantenga, pues si hay un aumento de peso se producirá un incremento de volumen bilateral.

La ptosis natural del pecho que va aumentando con los años, también lo hará bilateralmente.

Ginecomastia

Hoy en día son pocas las personas que creen que la cirugía reparadora y estética es sólo para las mujeres, por eso es cada día mayor el motivo de consulta entre el sexo masculino por presentar una ginecomastia más o menos evidente.

La ginecomastia puede ser de dos tipos, glandular y grasa. Generalmente, la que aparece en la pubertad es de tipo glandular y suele desaparecer durante la adolescencia. En caso de persistir, y tras descartar cualquier patología con estudios endocrinos, puede ser tratada quirúrgicamente a partir del momento en que ocasione cualquier trastorno de conducta a quien la presente. En la edad adulta es más frecuente que sea grasa, aunque siempre existe un remanente glandular.

La intervención, por lo general, la realizamos bajo anestesia general y hoy en día podemos corregirlas prácticamente todas con una técnica basada en la liposucción, que nos permite minimizar al máximo las cicatrices y obtener resultados muy satisfactorios para los pacientes. La estancia ingresados es corta, sólo de 24 h, pudiendo reintegrarse a la labor habitual prácticamente a las 48 h con la única incomodidad de tener que utilizar una prenda de presoterapia.

Como última indicación, debemos aconsejar no fiarse y huir de las propagandas engañosas, es decir, aquellas que no exponen con claridad los pros y contras de cada intervención quirúrgica, que no acreditan una calidad y seriedad de instalaciones para poder desarrollarla sin riesgos y que, además, puedan afrontar las posibles complicaciones de dicha intervención.

No olvidemos que la salud es el bien más preciado y no podemos jugar con ella. En la cirugía estética nunca podría justificarse que a una persona sana, tras ser sometida a una intervención quirúrgica, se la convierta en un enfermo.

Bibliografía recomendada:

- Bostwick J III. Plastic and reconstructive breast surgery. Quality Medical Publishing. Inc 1990
Surgery of the breast. Principles and art. Spear Scot L. Lippincott-Raven Publishers, 1998.