AUMENTO DE PECHO (MAMOPLASTIA DE AUMENTO)

El texto ha sido revisado por el **Dr. Alberto Sánchez García**, cirujano plástico y miembro de la **SECPRE** (Nº Col. 4646-24929). Cuenta con una extensa trayectoria en cirugía plástica y estética, ofreciendo tratamientos personalizados de máxima seguridad.

Aviso legal: Este documento tiene fines exclusivamente educativos y divulgativos. En ningún caso su contenido sustituye una valoración médica personalizada realizada en consulta, realizada por nosotros u otro profesional.

1. Introducción y definición

El pecho femenino experimenta cambios anatómicos a lo largo de la vida debido a factores genéticos, fluctuaciones de peso, embarazos, lactancia y el propio envejecimiento de los tejidos. En muchas mujeres, el desarrollo mamario durante la pubertad es escaso (lo que médicamente se denomina hipoplasia mamaria), mientras que en otras se produce una pérdida de volumen y firmeza en el polo superior tras la maternidad o los cambios ponderales.

La **mamoplastia de aumento**, conocida habitualmente como aumento de pecho, es el procedimiento quirúrgico destinado a incrementar el volumen, mejorar la proyección y armonizar la forma y simetría de las mamas mediante la colocación de implantes mamarios biocompatibles (y, en casos seleccionados, mediante la combinación con transferencia de grasa de la propia paciente, técnica denominada *aumento híbrido*).

Lejos de buscar un volumen estándar, el objetivo médico actual se fundamenta en la **biodimensionalidad**: adaptar el implante a las medidas exactas del tórax de la paciente (anchura de la base mamaria, elasticidad de la piel, grosor del tejido glandular y posición del complejo areola-pezón) para lograr un resultado estable a largo plazo, seguro y proporcionado con el resto de la anatomía corporal.

2. Fase Preoperatoria: Valoración, planificación y preparación

2.1. La consulta médica y la toma de decisiones

El éxito de un aumento mamario reside, en gran medida, en las decisiones tomadas antes de entrar al quirófano. Durante la valoración preoperatoria se realiza una historia clínica detallada y una exploración física milimétrica del tórax.

En esta etapa se definen tres variables técnicas fundamentales:

- **Tipo y forma del implante:**
  - *Implantes redondos:* Tienen la misma proyección en su parte superior e inferior. Al colocarse bajo el músculo pectoral, la propia presión muscular suaviza el polo superior, ofreciendo un escote ligeramente más lleno sin perder naturalidad si se elige el volumen adecuado.
  - *Implantes anatómicos (en forma de gota):* Presentan menos volumen en la parte superior y mayor proyección en el polo inferior, imitando el perfil de una mama natural. Son especialmente útiles en mujeres muy delgadas, con escaso tejido mamario previo o con alteraciones de la forma (como ciertas asimetrías o mamas con base estrecha).
  - *Envoltura y relleno:* Los implantes actuales están rellenos de gel de silicona altamente cohesivo (lo que impide que el gel se derrame incluso si la cubierta sufriera una rotura). Su superficie puede ser lisa, microtexturizada o nanotexturizada, seleccionándose según el plano anatómico de colocación y las características de los tejidos.

- **Plano de colocación (¿Dónde se aloja la prótesis?):**
  - *Plano Dual (Dual Plane):* Es la técnica de referencia en la práctica clínica actual para la mayoría de las pacientes. La parte superior del implante queda cubierta por el músculo pectoral mayor (lo que aporta una transición suave y evita que se marquen los bordes de la prótesis en el escote), mientras que la parte inferior queda bajo la glándula mamaria, permitiendo que el pecho caiga y se mueva con naturalidad.
  - *Plano Subglandular o Subfascial:* El implante se coloca por delante del músculo pectoral, debajo de la glándula o de la fascia muscular (una fina lámina que recubre el músculo). Se reserva para pacientes con un grosor de tejido mamario suficiente que cubra adecuadamente el implante, o en mujeres deportistas de élite que requieren preservar intacta la biomecánica del pectoral.

- **Vía de abordaje (¿Por dónde se introduce el implante?):**
  - *Vía submamaria (en el surco bajo el pecho):* Es la vía con mayor respaldo científico en términos de seguridad. Permite un acceso directo al bolsillo quirúrgico sin atravesar los conductos de la glándula mamaria, lo que reduce al mínimo la contaminación bacteriana del implante y disminuye el riesgo de contractura capsular. La cicatriz queda oculta en el pliegue natural inferior de la mama.
  - *Vía periareolar (en el borde inferior de la areola):* Utiliza la transición de color entre la piel de la areola y la piel de la mama para camuflar la cicatriz. Requiere que la areola tenga un diámetro mínimo (generalmente superior a 3,5–4 cm) y se indica cuando es necesario realizar ajustes simultáneos en la posición de la areola o en casos de mamas tuberosas.
  - *Vía axilar:* Se realiza a través de un pliegue en la axila. Es la menos utilizada en la actualidad debido a la mayor dificultad para controlar la simetría del surco mamario y la imposibilidad de utilizarla en caso de futuras revisiones complejas.

2.2. Pruebas médicas y preparación para la cirugía

Antes de la intervención es imprescindible comprobar el estado de salud de la paciente:

1. **Estudio preoperatorio general:** Incluye analítica sanguínea completa (hemograma, bioquímica y pruebas de coagulación) y electrocardiograma, valorados posteriormente por el especialista en Anestesiología.
2. **Pautas previas a la cirugía:**
    - **Suspensión del tabaco:** Es fundamental dejar de fumar (incluidos cigarrillos electrónicos y vapeadores con nicotina) al menos 3 a 4 semanas antes y después de la cirugía. La nicotina provoca vasoconstricción (cierre de los pequeños vasos sanguíneos), lo que compromete la oxigenación de la piel y empeora la cicatrización.
    - **Ajuste de medicación:** Deben evitarse durante los 10-14 días previos los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (como el ibuprofeno o el ácido acetilsalicílico), así como suplementos de herbolario (vitamina E en altas dosis, omega-3, ginkgo biloba, ginseng), ya que aumentan el riesgo de sangrado intraoperatorio.
    - **Ayuno e higiene:** Se requiere ayuno absoluto (ni sólidos ni líquidos, incluida el agua) durante las 6-8 horas previas a la intervención, así como una ducha preoperatoria con jabón antiséptico (habitualmente clorhexidina) la noche anterior y la mañana de la cirugía.

3. Fase Intraoperatoria: ¿Cómo se desarrolla la cirugía?

- **Anestesia:** La intervención se realiza bajo **anestesia general**. Esto garantiza que la paciente esté completamente dormida, sin dolor y con una relajación muscular óptima para tallar el bolsillo del implante con precisión y sin sangrado.
- **Duración:** El procedimiento dura habitualmente entre **60 y 90 minutos**.
- **Protocolo de seguridad antibacteriana:** Durante la cirugía se aplica el protocolo de los 14 puntos (descrito en la literatura científica internacional para prevenir la contaminación por biopelículas bacterianas). Incluye profilaxis antibiótica intravenosa al inicio de la anestesia, hemostasia rigurosa con bisturí eléctrico (para evitar acúmulos de sangre), irrigación del bolsillo quirúrgico con soluciones antisépticas/antibióticas, cambio de guantes quirúrgicos antes de manipular la prótesis y, con frecuencia, el uso de mangas de inserción sin contacto (*no-touch technique*) para que el implante pase directamente del envase estéril al interior del cuerpo sin rozar la piel.
- **Drenajes y cierre:** Gracias a la disección atraumática y exangüe (sin sangrado), en la gran mayoría de los aumentos mamarios primarios **no es necesario colocar tubos de drenaje**. La herida se cierra por planos mediante suturas reabsorbibles internas (puntos que se disuelven solos bajo la piel), por lo que no hay puntos externos que retirar, o bien se retiran únicamente los nudos de los extremos a los pocos días. Al finalizar, se coloca un sujetador postoperatorio específico.

4. Fase Postoperatoria y Cronograma de Recuperación

El postoperatorio de un aumento de pecho no suele describirse como un dolor agudo punzante, sino como una sensación de **presión torácica y agujetas intensas** en el músculo pectoral (especialmente cuando se emplea el plano dual), similar a haber realizado un entrenamiento muy exigente en el gimnasio. Esta molestia se controla eficazmente con la pauta de analgésicos y relajantes musculares prescrita al alta.

Cronograma orientativo de recuperación

Periodo	Evolución clínica y cuidados principales	Actividad permitida
Primeras 24–48 horas	Sensación de tensión en el pecho e inflamación inicial. Alta hospitalaria habitualmente el mismo día o a la mañana siguiente.	Reposo relativo en casa. Caminar por el domicilio desde el primer día. Mover los brazos con suavidad (higiene personal, comer) sin levantar pesos ni elevar los codos por encima de los hombros.
Días 3 a 7	Disminución progresiva de la tirantez muscular. Primera revisión en consulta para control de heridas.	Paseos cortos al aire libre. Incorporación a trabajos de oficina o teletrabajo (sin esfuerzo físico) entre el 4.º y 7.º día.
Semanas 2 a 4	El pecho comienza a ablandarse. La inflamación del polo superior empieza a descender. Inicio de los cuidados de la cicatriz (hidratación, láminas o geles de silicona y fotoprotección).	Conducción permitida a partir de los 10–14 días (cuando no haya molestias al girar el volante). Incorporación a trabajos que requieran movilidad moderada.
Meses 1 a 3	Los tejidos ceden gradualmente y el implante se asienta en el polo inferior (proceso de *drop and fluff*). Uso de sujetador postoperatorio durante el primer mes; luego transición a sujetadores sin aros o deportivos.	A partir de la 4.ª semana: ejercicio aeróbico suave y tren inferior. A partir de la 6.ª–8.ª semana: carrera de impacto, natación y ejercicios de pectorales/pesas de forma progresiva.
Meses 6 a 12	Estabilización definitiva del volumen, caída natural del pecho y maduración progresiva de la cicatriz (que pasa de un tono rosado a una línea blanquecina).	Vida física y deportiva completamente normal sin restricciones.

5. Riesgos potenciales y signos de alarma

Toda intervención quirúrgica conlleva riesgos inherentes que el paciente debe conocer con transparencia. Aunque en manos especializadas la tasa de complicaciones es baja, las principales eventualidades descritas en la literatura médica son:

- **Hematoma o seroma precoz (1–2%):** Acúmulo de sangre o líquido inflamatorio alrededor del implante en los primeros días. Se manifiesta como un aumento brusco de tamaño, tensión y dolor en una sola mama. En ocasiones requiere drenaje en quirófano.
- **Infección (< 1%):** Poco frecuente gracias a los protocolos de asepsia. Se manifiesta con enrojecimiento, calor local y fiebre, tratándose inicialmente con antibióticos.
- **Alteraciones de la sensibilidad:** Es habitual notar el pezón o la parte inferior del pecho más dormidos (hipoestesia) o, por el contrario, hipersensibles durante las primeras semanas o meses debido al estiramiento de las pequeñas ramas nerviosas sensitivas. En la gran mayoría de los casos se recupera progresivamente entre los 3 y 6 meses; la pérdida permanente de sensibilidad es infrecuente.
- **Contractura capsular:** El cuerpo humano forma siempre una fina membrana cicatricial alrededor de cualquier dispositivo médico implantado, llamada *cápsula periprotésica*. En condiciones normales, esta cápsula es blanda e imperceptible. Sin embargo, en un pequeño porcentaje de pacientes (alrededor del 2–5% a los 10 años con técnicas modernas), esta cápsula se engrosa y se contrae, haciendo que el pecho se sienta más firme, redondeado o molesto. Se clasifica en cuatro grados (escala de Baker), requiriendo tratamiento quirúrgico únicamente los grados avanzados (III y IV).
- **Rotura del implante:** Con los implantes de quinta y sexta generación de gel cohesivo, la rotura suele ser "intracapsular" y asintomática (el gel permanece dentro de la cápsula fibrosa sin dispersarse por el cuerpo). Se detecta en los controles rutinarios mediante ecografía o resonancia magnética.
- **Linfoma Anaplásico de Células Grandes Asociado a Implantes Mamarios (LACG-AIM o BIA-ALCL):** Es una patología sumamente infrecuente del sistema inmunitario (no es un cáncer de la glándula mamaria) asociada históricamente a implantes con superficies macrotexturizadas (los cuales ya no se emplean de forma rutinaria). Se manifiesta típicamente años después de la cirugía como un seroma tardío (hinchazón repentina de la mama por líquido) y tiene un pronóstico excelente mediante la retirada del implante y su cápsula completa.

Signos de alarma en el postoperatorio inmediato: Debe contactar con el equipo médico si durante los primeros días presenta fiebre superior a 38 °C, inflamación asimétrica brusca y tensa de una de las mamas, enrojecimiento progresivo y caliente de la piel, salida de líquido purulento por la incisión o dificultad respiratoria.

6. Preguntas frecuentes de las pacientes

¿Los implantes mamarios duran para toda la vida o hay que cambiarlos a los 10 años?

Existe el mito extendido de que las prótesis caducan exactamente a los 10 años. La evidencia científica actual demuestra que los implantes modernos **no tienen una fecha de caducidad fija**. Si una paciente lleva sus implantes durante 10, 15 o más años, no presenta molestias, el resultado estético sigue siendo satisfactorio y las pruebas de imagen anuales (ecografía o resonancia) confirman que la prótesis está íntegra y sin contractura capsular, **no es necesario**

intervenir para cambiarlos. No obstante, tampoco deben considerarse dispositivos perpetuos: cuanto más joven se opera una paciente, mayor es la probabilidad de que a lo largo de su vida precise algún recambio o ajuste, ya sea por desgaste del material o por el envejecimiento natural de su propio pecho.

¿Podré dar el pecho (lactancia materna) si me opero antes de ser madre?

Sí. La inmensa mayoría de las mujeres con implantes mamarios pueden amamantar con normalidad. Cuando la cirugía se realiza por vía submamaria y el implante se aloja en plano dual o retromuscular, la glándula mamaria y los conductos galactóforos (los que transportan la leche hacia el pezón) no se tocan ni se seccionan. Además, los estudios demuestran que la silicona médica de los implantes no pasa a la leche materna.

¿Los implantes dificultan la detección del cáncer de mama o las mamografías?

Los implantes mamarios no aumentan el riesgo de padecer cáncer de mama. En cuanto a las pruebas diagnósticas, las pacientes portadoras de prótesis pueden y deben seguir sus programas habituales de cribado. Al acudir a realizarse una mamografía, basta con advertir al técnico radiólogo de que se llevan implantes para que aplique las **proyecciones de Eklund** (maniobras que desplazan suavemente el implante hacia atrás para visualizar todo el tejido glandular sin comprimir la prótesis en exceso), complementándose habitualmente con una ecografía mamaria o resonancia magnética si fuera preciso.

¿Cómo debo dormir después de la operación?

Durante las primeras 3 a 4 semanas se recomienda dormir **boca arriba**, con el cabecero de la cama ligeramente elevado o utilizando un par de almohadas bajo la espalda. Esto reduce la inflamación matutina y evita presiones laterales sobre los implantes mientras se está formando la cápsula inicial. A partir del mes se puede volver a dormir de lado progresivamente, y hacia los 2–3 meses, boca abajo si la paciente se siente cómoda.

¿Se notarán los implantes al tacto o a la vista (*rippling*)?

El efecto *rippling* consiste en la aparición de pequeños pliegues u ondulaciones del implante visibles o palpables bajo la piel, especialmente en la zona lateral o inferior del pecho al inclinarse hacia delante. Ocurre con mayor frecuencia en pacientes con muy poca grasa subcutánea. Para prevenirlo, se selecciona el plano dual (cubriendo el implante con el músculo pectoral), se eligen implantes con alto grado de llenado y cohesividad del gel y, en pacientes extremadamente delgadas, se puede asociar un injerto de grasa propia (*lipofilling*) para engrosar los tejidos que cubren la prótesis.

7. Referencias bibliográficas

1. **Tebbetts JB.** Dual plane breast augmentation: optimizing implant-soft-tissue relationships in a wide range of breast types. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2001;107(5):1255-1272.
2. **Adams WP Jr, Culbertson EJ, Deva AK, et al.** Macrotextured Breast Implants with Defined Steps to Minimize Bacterial Contamination around the Device: Experience in 42,000 Implants. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2017;140(3):427-431.
3. **Coroneos CJ, Selber JC, Offodile AC 2nd, Butler CE, Clemens MW.** US FDA Breast Implant Postapproval Studies: Long-Term Outcomes in 99,993 Patients. *Annals of Surgery*. 2019;269(1):30-36.
4. **Clemens MW, Jacobsen ED, Horwitz SM.** 2019 NCCN Consensus Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Breast Implant-Associated Anaplastic Large Cell Lymphoma (BIA-ALCL). *Aesthetic Surgery Journal*. 2019;39(Suppl_1):S3-S13.
5. **Mallucci P, Branford OA.** Concepts in aesthetic breast dimensions: analysis of the ideal breast. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 2012;65(1):8-16.

Dr. Alberto Sánchez García (Alsaga Cirugía Plástica®) — Cirujano Plástico en Valencia (Col. ICOMV 464624929)

📍 **Consulta 1 (Clínica Anubis):** Av. de Francia, 19, Camins al Grau, 46023 Valencia, España (Ver en Google Maps)

📍 **Consulta 2 (Clínica Premium Medical):** C. del Palleter, 4, Planta 1, Pta 2, Extramurs, Extramurs, 46008 Valencia, España (Ver en Google Maps)

📞 **Teléfono / WhatsApp:** +34 601 58 15 42 (Tel. secundario sede Palleter: +34 960 55 04 55)

✉ **Email:** info@alsagacirujanoplastico.com

🌐 **Web:** Si lo deseas, puedes seguir navegando o pedir cita en: https://alsagacirujanoplastico.com/pedir-cita