

Masaje y drenaje linfático manual tras mamoplastia de aumento. Isaac Chavero.

## **MASAJE Y DRENAJE LINFÁTICO MANUAL TRAS MAMOPLASTIA DE AUMENTO.**

Isaac Chavero Claver.  
www.postcirugiaestetica.com  
Instituto de Cirugía Plástica Martín del Yerro.  
Madrid.

El pecho tiene una gran importancia en la vida afectiva, social y sexual de la mujer. Un pecho demasiado pequeño puede suponer una fuente de conflicto en su portadora, dificultando sus relaciones sociales y de pareja.

La mamoplastia de aumento es una intervención por la cual se aumenta el tamaño del seno, introduciendo implantes o prótesis mamarias. Actualmente es una de las operaciones

de cirugía estética más demandadas. El índice de satisfacción obtenido con esta intervención es muy alto lográndose una mejora en la autoestima y percepción corporal.

Un adecuado tratamiento de recuperación puede lograr disminuir o eliminar las molestias postoperatorias y acortar el tiempo de recuperación.

## DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN.

### El implante de mama.

El implante o prótesis de mama, está constituido por una pared de varias capas de silicona sólida y relleno de gel de silicona o suero salino. El gel de silicona puede ser líquido o cohesivo.

**Gel de silicona líquido:** es de consistencia blanda, el gel es fluido. Si el implante se rompe el contenido puede verterse al exterior. Actualmente no se utilizan. Se recomienda que las mujeres que portan estos implantes los sustituyan después de 10-15 años de haber sido intervenidas para evitar la fuga de gel.

**Gel de silicona cohesivo:** es de consistencia más firme. La cohesividad del gel ocasiona que si el implante se rompe la silicona no se vierta manteniéndose dentro del implante. Los fabricantes ofrecen gel con tres grados de cohesividad. Son los más utilizados en España.

**Suero salino:** Proporcionan una mama con una consistencia más firme y son mas duros al tacto que los rellenos de silicona. En España apenas se utilizan salvo en las etapas de expansión en cirugía reconstructiva de la mama.

### Superficie de del implante.

La superficie del implantes es la capa exterior que entra en contacto con el tejido del seno. Existen dos tipos:

**Superficie lisa.** La superficie de contacto es totalmente lisa, sin irregularidades. Actualmente son los menos utilizados. Se recomienda masaje de

movilización en las prótesis lisas tras su implantación para prevenir su encapsulamiento.

**Superficie rugosa o texturizada.** La superficie de contacto es irregular, llena de microporos. Actualmente son los más utilizados. No requieren masaje de movilización tras su implantación.

### Forma del implante.

La forma del implante puede ser redonda o anatómica. Los implantes lisos son siempre redondos. Los implantes rugosos pueden ser redondos o anatómicos. Las prótesis anatómicas

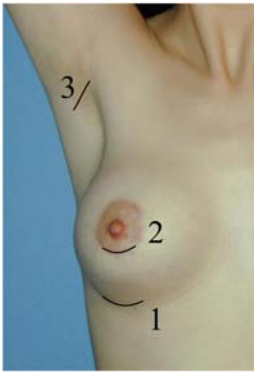
permiten una remodelación de la mama y un mejor resultado estético. Su elección y colocación es más difícil, motivo por el cual no todos los cirujanos los utilizan.

### Vías de abordaje en la mamoplastia.

Existen diferentes vías de abordaje, es decir el lugar por donde se introducen los implantes. Cada vía de abordaje determina la posición de la

cicatriz. Las cicatrices resultantes son apenas perceptibles en la mayoría de los casos.

## Masaje y drenaje linfático manual tras mamoplastia de aumento. Isaac Chavero.



En la fotografía observamos las tres vías de abordaje en la mamoplastia de aumento:

1: pliegue submamario.

2: borde inferior de la areola.

3: axila.

### Localización anatómica de los implantes

Existen cuatro localizaciones anatómicas:

**Subpectoral.** El implante o prótesis se aloja bajo el pectoral mayor. Con esta opción existe menor riesgo de contractura capsular. No se dificulta las radiografías de mama y es más fácil la autoexploración. Es la opción más utilizada. Con esta localización parte del cuadrante inferior externo del implante se encuentra en posición subglandular ya que el pectoral no cubre todo el seno.

**Submuscular.** El implante está cubierto en su totalidad por tejido muscular. Además de estar

recubierto por el pectoral mayor puede estar también por fibras del serrato. Apenas se utiliza.

**Subglandular.** El implante se aloja entre la glándula mamaria y la zona muscular. Puede dificultar el resultado de las radiografías de mama. Existe mayor riesgo de contractura capsular. Actualmente apenas se utiliza.

**Subfascial.** Esta opción sitúa el implante por debajo de la fascia del pectoral mayor. Al igual que en la opción submuscular parte de la prótesis mamaria estará en posición subglandular.

### DESARROLLO DE LA OPERACIÓN.

Existen multitud de opciones técnicas, a continuación describimos concisamente un desarrollo típico de la intervención utilizando como vía de acceso el pliegue submamario.

La intervención se suele realizar con anestesia general, aunque algunos cirujanos la realizan con anestesia local más sedación. Una vez está anestesiada la paciente; el cirujano realiza la incisión en el pliegue submamario, a continuación disecciona las diferentes capas de tejido: piel, grasa y fascias. Los vasos sanguíneos se van cauterizando para evitar el sangrado. Seguidamente y tras liberar algunas de las fibras del pectoral mayor, se crea con

la mano e instrumental un espacio o bolsillo debajo de la musculatura, y se introduce y coloca el implante.

Una vez colocado el implante y comprobado su posición se cierran las incisiones. El cierre se realiza mediante una sutura interna con material reabsorbible, lo que facilita una buena cicatrización no siendo necesario retirar los puntos.

La duración total oscila entre una hora y una hora y media.

Se suele colocar un tubo de drenaje en cada mama, retirándose a partir del día siguiente.

## Masaje y drenaje linfático manual tras mamoplastia de aumento. Isaac Chavero.



Desinfección de la piel con povidona yodada.



Incisión en el nuevo surco submamario



Liberación de las fibras del pectoral mayor



Creación del bolsillo donde se aloja el implante.



El implante se baña en povidona yodada para prevenir la infección y facilitar su implantación.



Introducción del implante



Colocación del implante.



Sutura de la cicatriz



Aspecto del seno al finalizar la intervención

Antes y el después en una mamoplastia de aumento. La vía de acceso es la submamaria y los implantes son de gel cohesivo colocados en posición subpectoral. Fotografías cedidas por el Dr. Martín del Yerro (Hospital Quirón- Pozuelo de Alarcón- Madrid)



## COMPORTAMIENTO DEL TEJIDO EN EL POSTOPERATORIO.

En los días posteriores a la intervención la paciente puede sentir molestias o dolor similar a las agujetas. El seno suele estar ligeramente edematizado. El edema puede aparecer en: las

mamas, el tórax e incluso ligeramente en las costillas, también en la axila si está es la vía de acceso elegida.

## Masaje y drenaje linfático manual tras mamoplastia de aumento. Isaac Chavero.

La recuperación suele ser mas lenta con los implantes en posición subpectoral si la comparamos con los implantes subglandulares o subfasciales.

A consecuencia de la elongación de fibras nerviosas en el acto quirúrgico, puede haber una mayor o menor pérdida de sensibilidad en la mama ante estímulos táctiles o térmicos y una disminución de la sensibilidad erógena en el pezón que poco a poco se va recobrando. En raras ocasiones está perdida de sensibilidad puede ser permanente. Algunas mujeres tras la operación obtienen una mayor sensibilidad erógena en sus senos, posiblemente a consecuencia de una mejora de la autoestima y percepción corporal.

La mama tarda varios meses en obtener su forma definitiva, poco a poco va recobrando un aspecto y proyección más natural.

Es frecuente la aparición de tensión muscular en cuello y espalda a consecuencia de los cambios

posturales para dormir y al adoptar una actitud de excesiva autoprotección para evitar cualquier daño en el seno.

La presencia del implante crea una alteración en la imagen y esquema corporal de la paciente que requiere de un pequeño periodo de adaptación.

Las pacientes que han tenido hijos, describen en el postoperatorio inmediato una sensación similar a la subida de leche.

Durante los primeros días se debe evita coger peso y ejercitar el pectoral en exceso.

La mayoría de los cirujanos recomiendan la utilización de sujetadores deportivos durante 1 ó 2 meses y evitar sujetadores de aros durante dos meses. En ocasiones es necesario utilizar una banda especial para ayudar a bajar un implante que inicialmente esta alto. Estas bandas solo deben utilizarse bajo prescripción y control médico.



Sujetador deportivo y banda para descender los implantes. la banda solo debe utilizarse bajo prescripción y control médico.

Las características de la intervención y la evolución del pecho en el periodo postoperatorio pueden condicionar el uso de la banda y del sujetador.

## TRATAMIENTOS POSTOPERATORIOS

La experiencia cotidiana nos demuestra que las pacientes que reciben sesiones postoperatorias tienen una recuperación más corta y agradable, aliviándose muchísimo la tensión de las mamas en los primeros días.

Los objetivos del tratamiento postoperatorio son:

- Disminuir la tensión de las mamas disminuyendo el edema.
- Disminuir los dolores o molestias postoperatorias

- Disminuir o eliminar la tensión muscular en cuello y espalda.
- Proporcionar apoyo en el periodo postoperatorio.
- Disminuir el riesgo de contractura capsular.

La base del tratamiento es el drenaje linfático manual. Los ultrasonidos y el masaje de movilización (en implantes lisos) complementan el tratamiento.

## **DRENAJE LINFÁTICO MANUAL (DLM)**

El drenaje linfático manual (DLM) es una técnica manual que a través de suaves y

El DLM incrementa la reabsorción del edema postoperatorio. Al disminuir la hinchazón del seno desaparecerán antes la tensión y molestias en la mama, además de facilitarse la cicatrización.

El drenaje linfático siempre tiene que ser agradable para la paciente, la aparición de dolor es señal de incorrección en la técnica utilizada o inflamación del tejido. Si la paciente siente dolor o molestia durante la sesión disminuirémos la intensidad de las maniobras.

Creemos que las manipulaciones de Vodder son las que mejor adaptación tiene al drenaje de la

repetitivas maniobras logra acelerar la circulación linfática.

mama, siendo los *círculos fijos* (con algunas adaptaciones) la maniobra de mayor utilización en nuestro centro por su gran poder de reabsorción del edema. Las maniobras se realizan con extremo cuidado, sobre todo en las primeras sesiones. Aunque Chikly (2002) menciona alteraciones en el recorrido linfático por la presión del implante, estas no influyen en nuestra práctica ya que nuestro trabajo sobre todo busca la reabsorción del edema y no su reorientación.



## **MASAJE DE MOVILIZACIÓN DE LOS IMPLANTES.**

La movilización está relacionada con la posible contractura capsular del implante. *Dependiendo de la superficie del implante es necesario o no la movilización de los mismos.* La movilización se realiza para prevenir el encapsulamiento o contractura capsular y mantener los implantes blandos y móviles. La movilización de los implantes consiste en el masaje de desplazamiento del implante dentro del bolsillo.

Desde nuestro punto de vista solo se deben movilizar los implantes de superficie lisa. En estos implantes la movilización debe empezar lo mas pronto posible y repetirse a diario. Debemos enseñar a la paciente a masajearse las prótesis. Existe consenso entre los cirujanos plásticos en la idoneidad de realizar la movilización de los implantes.

*Si los implantes son de superficie rugosa (texturizada), no se debe realizar masaje de movilización.* En estos implantes el masaje de movilización está contraindicado durante el primer mes y no tiene ninguna ventaja en lo relativo a la prevención de la contractura capsular. En realidad la movilización precoz de estos implantes no aporta ninguna mejoría en la recuperación, ni en el aspecto final del seno.

En nuestro artículo "*masaje de movilización tras mamoplastia de aumento*" disponible en [www.postcirugiaestetica.com](http://www.postcirugiaestetica.com) explicamos con más detalle todo lo relativo a la movilización de los implantes.

Masaje y drenaje linfático manual tras mamoplastia de aumento. Isaac Chavero.

## **OTRAS CONSIDERACIONES SOBRE EL MASAJE Y EL DLM EN LA MAMA TRAS LA INTERVENCIÓN.**

El masaje al igual que el DLM puede ayudar a recuperar antes la sensibilidad en las mamas. Según Bostwick (2001) *“el masaje es especialmente útil cuando hay hipoestesia y parestesias, las cuales pueden acompañar al retorno de la sensibilidad (...) el masaje de la mama disminuye la sensibilidad, permitiendo que las mamas sean tocadas más cómodamente y con menos ansiedad”*. Afirma asimismo que el masaje permite reeducar las mamas al tacto tras la intervención.

La aplicación de masajes podría ayudar a subir o bajar los implantes y con ello la mama. Johson y

Dowden (Ferrari y Pitanguy 1.999) afirman que los masajes diarios, ejerciendo una compresión prolongada hacia abajo logran acomodar los implantes que están inicialmente altos. Afirman que dichos masajes se deben efectuar solo durante las tres primeras semanas, reevaluándose la conveniencia de su continuidad.

El masaje postoperatorio posiblemente acelere la aceptación del nuevo esquema e imagen corporal en la mujer operada al proporcionar un estímulo táctil sobre el tejido.

## **ULTRASONIDOS.**

La utilización de ultrasonidos, entre 6 y 10 sesiones, en la mama puede prevenir la contractura capsular y ayuda a reblandecer el pecho.

La frecuencia a utilizar será de 1 Mhz, y la intensidad baja en emisión pulsada. El tiempo de aplicación será de 1 a 3 minutos en cada mama.

El ultrasonido también acelera la reabsorción del edema y equimosis; y disminuye las molestias postoperatorias.

## **SEGURIDAD DE LOS IMPLANTES Y DE LA INTERVENCIÓN.**

La mamoplastia de aumento cuando es realizada por cirujanos plásticos, es una operación muy segura con mínimo riesgo.

Los implantes mamarios pasan rigurosos controles de calidad. Son sometidos a diversos test de: tensión, rotura, resistencia al impacto, resistencia al desgaste y otros específicos según el tipo de implante.

Existen multitud de estudios destinados a comprobar su seguridad al ser implantados en el organismo, de ellos podemos deducir en base a los conocimientos actuales que:

- No existe relación alguna entre los implantes y el cáncer de mama y no se dificulta su detección o seguimiento.
- No existe relación entre los implantes y enfermedades autoinmunes.
- Las mujeres embarazadas con implantes pueden dar de mamar sin temer ninguna complicación en el desarrollo del bebe.

Sin embargo dependiendo del tipo de implante y de las características de la intervención pueden aparecer algunos efectos secundarios y complicaciones propias de toda cirugía que la paciente debe consultar previamente con el cirujano plástico. Las complicación más temidas

Masaje y drenaje linfático manual tras mamoplastia de aumento. Isaac Chavero.

es la contractura capsular, aunque con los actuales implantes de superficie texturada el riesgo es muy bajo.

En caso de someterse la mujer a alguna prueba diagnóstica (mamografía u otras) debe advertir de la presencia del implante.

## BIBLIOGRAFIA

AGENCIA DE EVALUACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS SANITARIAS (AETS). INSTITUTO DE SALUD CARLOS III. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: Riesgos para la salud , causados por implantes de silicona en general, con especial atención a los implantes mamarios (informe STOA/ Parlamento Europeo). AETS. Instituto de Salud Carlos III. Diciembre de 2000.

BOSTWICK III, JOHN: Tratado de mamoplastia (segunda edición). Amolca. Caracas (Venezuela). 2001.

VIÑAS, F: La linfa y su drenaje manual. Editorial Integral. Barcelona. (4ª edición). 1998.

CHIKLY, BRUNO: Silent Waves. Theory and Practice of Lymph drainage Therapy. Arizona (USA) 2001

FERNÁNDEZ ADORA y LOZANO CONXITA: Drenaje linfático manual. Ediciones Nueva Estética. Barcelona.1998.

GONZÁLEZ FONTANA RAMÓN; MORENO GALLENTE ISABEL; VAQUERO PÉREZ, MARIA DEL MAR: Cirugía estética mamaria. Aumento, reducción mastopexia. Manual de cirugía plástica. Tema 99.SECPRE. www.secpres.org

PITANGUY, IVO y FERRARI, FURIO: Cirugía Estética: Estrategias preoperatorias y técnicas quirúrgicas. Actualidades Médico Odontológicas latinoamericana, C.A. Caracas (Venezuela). 1999.

*Fotografías intraoperatorias y postoperatorias cedidas por el Dr. José Luis Martín del Yerro. Hospital Quirón. Pozuelo de Alarcón. Madrid*

**Isaac Chavero Claver.**  
**Instituto De Cirugía Plástica Martín Del Yerro.**  
**C/ General Ampudia,6**  
**[www.postcirugiaestetica.com](http://www.postcirugiaestetica.com)**  
**Tels: 91 535 24 08**  
**ischavero@yahoo.es**

