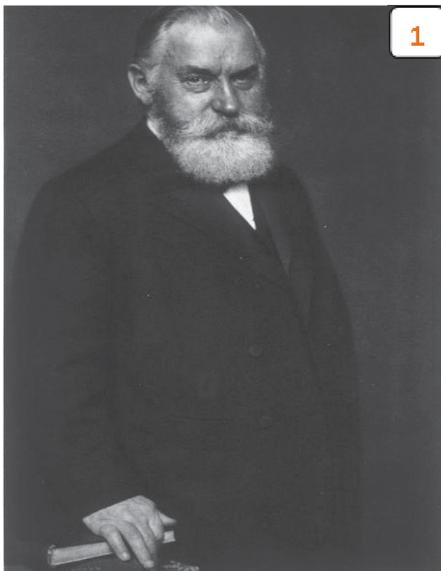
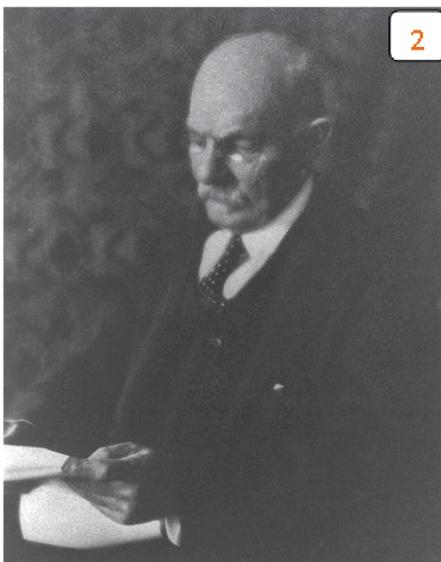


# La historia evolutiva del implante mamario

## Identidad y autoestima...



A partir de la primera mastectomía realizada en 1889 por el Dr. William Halsted, el devolverle la feminidad que el cáncer mamario le arrebató a la mujer ha sufrido un proceso evolutivo en el cual muchos han sido partícipes. Estos intentos abarcan desde la reconstrucción autógena mamaria hasta la creación del implante mamario. En la actualidad el uso del mismo no se limita a este grupo de mujeres sino abarca a aquellas que están en una constante búsqueda de la belleza.

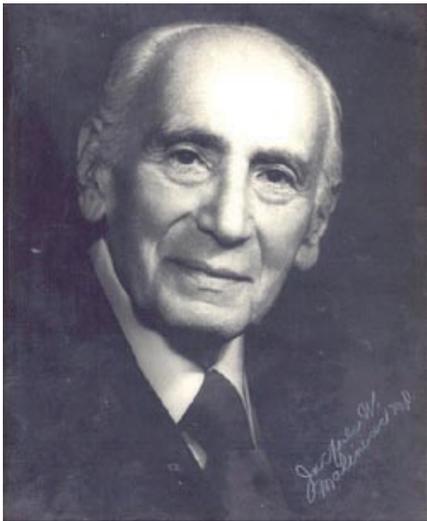
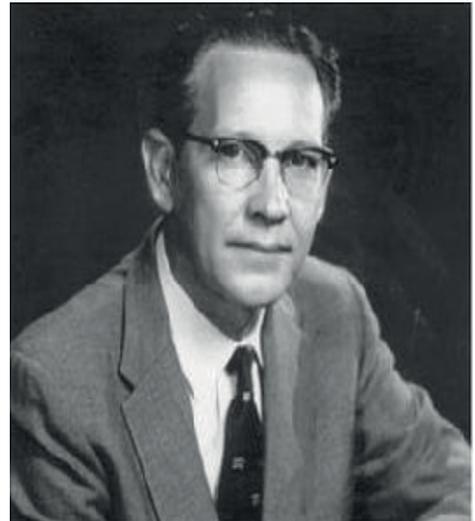


La historia del proceso evolutivo americano del implante mamario hasta nuestros días empieza con el uso del primer implante biológico de origen tumoral. El Dr. Vincenz Czerny utilizó en 1895 un lipoma extraído de la región lumbar de la paciente para corregir su asimetría tras una mastectomía subcutánea por fibroadenoma. En 1920 siguiendo esta tendencia se emplearon injertos de grasa glútea y/o abdominal. Sin embargo quedó en desuso debido a la atrofia del implante, cicatrices antiestéticas en la zona donante, necrosis grasa, calcificación, licuefacción, drenaje y endurecimiento de los injertos.

Algo un poco más cruento se dio entre los años 1945 – 1950 por los Dres. Morton Berson y Jacques Maliniac respectivamente. La técnica consistía en usar tejido de la pared torácica para llenar el volumen de la mama. Sin embargo ninguna de todas las técnicas mencionadas fue popularizada por el fantasma de las enseñanzas de Halsted. Se adoptó la creencia de que la reconstrucción en la zona mastectomizada podría esconder una posible recidiva local o traer consigo complicaciones.

1. Dr. Vincent Czerny (1842 - 1916)

2. Dr. William Halsted (1852 – 1922)

**Dr. Jacques Maliniac (1889-1976)****Dr. Robert Gersuny (1844-1924)****Dr. Thomas D. Cronin (1906-1993)**

Se datan los primeros intentos con métodos inyectables tanto en 1899 cuando el austriaco Dr. Robert Gersuny introdujo la inyección de parafina y Uchida en 1961 con el uso de silicona líquida para el aumento mamario. Ambas ideas fueron descartadas por sus complicaciones tales como: parafinomas, ulceración, fístulas, granulomas, mastitis, destrucción del parénquima mamario, drenaje percutáneo de silicona y migraciones de silicona a zonas distantes.

Pese al fallo de las reconstrucciones autógenas y de los métodos inyectables, se ideó el uso de las primeras prótesis preformadas que consistían en bolas de cristal, implantadas por primera vez por Schwarzmann en 1930 y utilizadas hasta 1942. A partir de esto, entre 1950 y 1960 se emplearon prótesis mamarias con diversas composiciones químicas, tales como: acetato de polivinilo, poliéster, poliuretano, polietileno, propileno, hasta lana y cartílago de buey. Sin embargo fueron abandonados por causar

infección y/o erosión cutánea o se convertían en masas duras y contraídas.

Luego de tantos intentos fallidos, en 1961 gracias al apoyo de los laboratorios Dow Corning Corporation, Thomas Cronin y Frank Gerow, de la Universidad de Texas, desarrollaron las prótesis de gel de silicona, implantándolas por primera vez en 1962. La buena tolerancia de dichos implantes se debía gracias a la inercia biológica de la silicona. El gel de silicona y su envoltura lisa de elastómero del mismo material le daban una consistencia y forma natural. Luego en 1965 en Francia el Dr. H.G Arion desarrolló la primera prótesis que mediante un mecanismo valvular era rellena con suero fisiológico. El diseño de Arion llegó a Estados Unidos importado por Roger Klein. Posteriormente se modificó el diseño de Arion en los años setenta desarrollando prótesis mamarias bicompartimental: uno interno conteniendo gel de silicona y rodeado por otro externo que era rellena con suero fisiológico durante la operación.



**Evolución de las prótesis mamarias: (izquierda a derecha).** 1. Uso de esferas de cristal. 2. Prótesis de gel de silicona de superficie lisa. 3. Prótesis de gel de silicona de superficie texturada micronodular. 4. Prótesis expansora de superficie texturada microporosa.

Cuando se creía haber superado todo obstáculo, surgieron complicaciones tales como endurecimiento y deformidad de la mama. Dichas complicaciones se debían a la contractura capsular que consistía en la retracción del tejido fibroso de la cápsula formada alrededor del implante. Varios estudios demostraron que la superficie lisa predispone al desarrollo de dicha contractura.

A partir de 1970 la prótesis fue cubierta por una capa esponjosa y microporosa de poliuretano demostrándose inhibición significativa de la contractura. Según estudios, este tipo de superficie influye sobre la estructura de la cápsula fibrosa, desorganizando su red de fibras de colágeno. Este efecto beneficioso atribuido a la superficie rugosa, motivó que a partir de 1987 se desarrollaran prótesis mamarias con un elastómero de silicona de superficie ya

sea rugosa, con depresiones, nodulosa o con pilares, a las que se denominó texturadas.

Los implantes mamarios han sufrido una constante metamorfosis que ha entrelazado dos siglos de experimentación concatenando cada hallazgo hasta estructurar lo que en la actualidad es la prótesis estética más utilizada. Desde las formas más crueñas y rudimentarias hasta las formas más delicadas y naturales, el propósito de su introducción se ha mantenido inamovible pese a los estigmas contra los que ha tenido que luchar en cada época. Gracias al modelo de Cronin y Gerow la reconstrucción y/o aumento mamario se popularizó y crea una permanente expectativa social. Esta revolución de lo que hoy es la cirugía estética, le devolvió a la mujer lo que el cáncer alguna vez le arrebató, su autoestima, auto aceptación e identidad.

**Paulina Chiriboga Bernal**  
Historia de la Medicina  
MedPre

#### Referencias Bibliográficas:

- <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol28/sup2/suple2a.html>
- <http://the140871.wordpress.com/2011/05/25/history-of-breast-augmentation/>
- <http://ezinearticles.com/?History-of-Breast-Augmentation&id=6456084>