

REPORTAJE

IMPLANTES CON HISTORIA

LOS ANTEPASADOS DE LAS PRÓTESIS

LA HISTORIA NOS DEMUESTRA QUE, PARA LAS MUJERES, LA TALLA DEL BUSTO HA SIDO IMPORTANTE Y HAN BUSCADO LA FORMA DE AUMENTARLO DE LA MANERA MÁS DISPAR: UNGÜENTOS, POCIONES CASI MÁGICAS O, INCLUSO, IMPLANTES DE CERA.

El pecho femenino ha sido desde siempre uno de los atractivos sexuales de la mujer, especialmente la occidental. La obsesión por embellecerlos y rejuvenecerlos viene de tiempos muy antiguos, lo que, probablemente explicaría por qué hoy en día una de las intervenciones de cirugía plástica estética más demandadas en todo el mundo sea justamente esta: la de conseguir unos senos más bonitos.

DEL UNGÜENTO AL CORSÉ

Algunos de los primeros tratamientos para conseguir un busto firme y bonito nos llegan desde el Antiguo Egipto. En la Roma clásica, las damas que ya habían sido madres se pintaban las areolas de un color sonrosado para dar a sus pechos un aspecto más juvenil. Ungüentos, afeites, remedios caseros... que se pasaban de madres a hijas o que vendían las feticheras en las calles de la Europa medieval, madres nobles que no amamantaban a sus bebés para no perder la belleza de sus pechos o corsés tortuosos que daban más volumen y conseguían una forma más esférica han sido algunos de los recursos

que las mujeres han utilizado a lo largo de la historia para conseguir alargar la belleza de unos senos jóvenes.

Pero en la historia también nos encontramos todo lo contrario: mujeres obligadas a llevar planchas de metal para aplastar unos pechos incipientes o la obligación de no poder mostrar el escote bajo ninguna situación. Aunque ello no hace sino reafirmar la importancia que, tanto para los hombres como para las mujeres tiene el pecho femenino como atractivo físico (pues no se obliga a cubrir algo que no nos llama la atención).

LAS PRIMERAS PRÓTESIS DE MAMAS SON DEL SIGLO XIX, CON RESULTADOS DESASTROSOS.

Y LA MEDICINA LO INTENTA

Los intentos por embellecer el busto a través de la medicina no son algo reciente. En algunos tratados del siglo XIX, ya hay médicos que describen casos de pacientes muy acomplejadas por la forma o el tamaño de sus pechos. De hecho, en 1889, Gersuny utilizó inyecciones de parafina para conseguir un mayor volumen de pecho en algunas de sus pacientes, consiguiendo unos resultados desastrosos. **Seis años después sería el Dr. Czerny quien intentó aumentar la talla de senos de una de sus pacientes utilizando tejido adiposo de la propia paciente que extrajo de un lipoma** (un tipo de tumor benigno) de su espalda.

A lo largo de toda la primera mitad del siglo XX, los experimentos continuaron. Los médicos utilizaron un amplio abanico de sustancias para "rellenar" los pechos de sus pacientes como implantes de marfil o vidrio, con rellenos de caucho, cartílago de buey, lana, pastillas de polietileno o espumas de distintos materiales sintéticos.



Y EL RELLENO SE CONVIERTE EN IMPLANTE

Fue en los años 50 cuando se empezó a utilizar la silicona, pero en forma líquida e inyectada directamente en las mamas. Como es bien sabido, este tratamiento provocó numerosos problemas: granulomas de silicona y endurecimiento de los pechos, en algunos casos muy dolorosos. No fue hasta 1962 cuando la mamoplastia de aumento contó con una técnica fiable, cuando se idearon las primeras prótesis de mamas que consistían en unas bolsas o envoltorio liso, realizado con lámina de silicona, rellenos de aceite de silicona. El hecho de que el envoltorio fuera fino (de una sola capa) y que el contenido fuera más bien líquido hacía que aquellos primeros implantes fueran proclives a las roturas y a que su contenido se pudiera difundir por el cuerpo de la paciente. De ahí que se recomendara su recambio cada 10 años, aproximadamente.

Desde entonces las prótesis de mama han evolucionado mucho. Ya en los años 60 se mejoró notablemente el envoltorio, haciéndolo más resistente para evitar las roturas. Pero no fue hasta los años 80 cuando se creó la tercera generación de implantes, con una superficie más rugosa y rellenas ya de gel cohesivo y no de aceite. Esto conseguía que, si por un accidente el envoltorio de la prótesis se rompiera, su contenido no se difundiera a otros tejidos, sino que permaneciera adherido a la bolsa. De esta manera los riesgos por rotura se minimizaban. También fue en esta década cuando aparecieron lo que hoy conocemos como prótesis anatómicas y las de perfil alto.

EN LOS AÑOS 80 DEL SIGLO XX, LOS IMPLANTES CONSIGUEN DAR UN GRAN SALTO EN LA CALIDAD Y SEGURIDAD.

En los años 90 nacieron las prótesis de cuarta generación con un envoltorio mucho más resistente y con un gel mucho más cohesivo, ya no era un líquido de una gran consistencia, sino que era un producto con un tacto mucho más parecido a la de una gominola. Sin embargo, en 1992, los EE.UU. prohibieron este tipo de prótesis, sustituyéndolas por otras rellenas de suero salino, alegando que inducían a enfermedades autoinmunes. Muchos estudios clínicos después demostraron que esa acusación no tenía base científica.

LAS PRÓTESIS HOY EN DÍA

Actualmente, los cirujanos plásticos disponen de una gran variedad de prótesis: distintas formas, tamaños, recubrimientos externos y proyección. La decisión de utilizar una u otra depende en gran medida de las expectativas de la mujer, de los consejos de su médico y, sobre todo, de la constitución y antecedentes de la paciente.

Hoy en día, los implantes mamarios son de una altísima calidad, con superficies microtexturizadas y rellenas de gel de alta cohesividad, lo que minimiza muchísimo las posibles complicaciones locales que puedan surgir de una intervención de mamas. Además, la gran seguridad que actualmente ofrecen las convierten en una prótesis para toda una vida, es decir, no deben ser cambiadas cada 10 años a menos que la paciente haya decidido someterse a otra intervención por otros objetivos.