

Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia

Volumen VIII
Número 1
Marzo 2018

La cirugía plástica como Psicoterapia Down-Up

Dr. Ramiro Gómez Pérez

Cirujano Plástico y Psicoterapeuta
Experto en Psicoterapia Breve por la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia

Plastic surgery as down-up
psychotherapy

Resumen

En este trabajo personal realizo el análisis de las grandes similitudes entre la cirugía plástica, y más en concreto la cirugía plástica estética, con la psicoterapia, y más con la psicoterapia breve.

La cirugía plástica desde sus orígenes ancestrales ha tratado la reconstrucción de las alteraciones de la anatomía que eran causa de afectación de la identidad de las personas o producían rechazo social. Realizo una rápida revisión histórica, siguiendo la realizada por grandes autores, para proseguir analizando las similitudes entre esta rama de la cirugía y la psicoterapia en general y con la breve en particular con la que presenta mayores coincidencias por su indicación y desarrollo.

Paso después a analizar las distintas indicaciones más frecuentes en mi experiencia personal por edades y localizaciones anatómicas, resaltando los aspectos psicológicos de motivación y repercusión de los resultados, en la doble vertiente psicosomática y somatopsíquica (de arriba abajo y de abajo arriba).

Siguiendo a los padres de la especialidad reivindico su origen psicoterapéutico y rechazo la actual mercantilización y banalización que ha transformado esta especialidad en un producto más de consumo de las sociedades globalizadas.

Palabras clave: cirugía, psicoterapia, identidad

Abstract: *In this personal project I analyze the big similarities between plastic surgery - and more in particular cosmetic surgery- and psychotherapy. Specially with brief psychotherapy.*

Plastic surgery has always dealt with the reconstruction of anatomical disorders that were causing affectation in the identity of the individual, or that would give rise to social rejection. This is a brief historical revision, following all the previous works of other important authors, where I analyze the similarities of this field of surgery and psychotherapy, specially brief psychotherapy, with which it has even more in common. I later come to analyze the different and more frequent symptoms based on my own experience, by age and anatomical location, emphasizing the psychological aspects of motivation and the effect of the results in both psychosomatic and somatopsychic aspects (the up-down and the down-up).

Following the fathers of the specialty I defend its psychotherapy origin and I reject the current commercialization that has transformed this speciality in just another consumption product in globalized societies.

Keywords: *surgery, psychotherap, identity*

Introducción

El fundamento de esta cirugía es exclusivamente el beneficio psicológico de los pacientes, y así lo definieron todos los maestros que desarrollaron esta cirugía, y siempre rechazaron su comercialización y banalización por intereses económicos.

La indicación por beneficio psicológico se ha visto remplazada, en los últimos años, por el beneficio económico de los profesionales, y la superficial, vacua, e irresponsable necesidad de los usuarios/clientes de ajustar los esquemas corporales a unas normas sociales que han potenciado el culto a la belleza y la perfección del cuerpo, discriminando todo lo diferente y diverso de esos esquemas impuestos.

Tal es dicha tiranía, que aquellos que, objetivamente, o peor aún, subjetivamente, no los cumplen, se marginan y aíslan socialmente al sentirse rechazados con gran sufrimiento psíquico y merma en su autoestima. Estos serían en un primer lugar los pacientes indicados de terapia psicológica, de arriba abajo, y, con terapia correctora de la forma mediante cirugía plástica, de abajo arriba.

Si entendemos por psicoterapia breve una relación emocional entre dos personas, con un propósito determinado, en el que una de ellas, el terapeuta, deberá saber lo que está pasando. En cirugía plástica estética el cirujano deberá saber lo que va a pasar.

De lo expuesto se advierte la tremenda importancia que tiene, en la primera entrevista, la valoración de las motivaciones del paciente que demanda cirugía.

Los grandes maestros de la especialidad afirmaban que, dada la importancia de esta valoración, la primera consulta debía ser amable, empática, vinculante y extensa, para valorar la motivación del por qué ahora y desde cuándo desea el cambio, y que es lo que esperara de la transformación quirúrgica, y finalmente, tras la exploración cuidadosa, determinar si los tejidos que han de sufrir el cambio quirúrgico reúnen las condiciones mínimas para dicho cambio, y en qué medida esas condiciones supeditan el resultado final. Siendo los materiales orgánicos y las circunstancias vitales del paciente las determinan el resultado final. Claro está,

además, el buen hacer del cirujano según la “Lex Artis”.

De lo que se deduce que la función primordial de esta primera entrevista es llevar a la realidad las expectativas del paciente, que en la mayoría de los casos son totalmente fantásticas e ilusorias, para evitar así cualquier tipo de complicación, que en cirugía plástica estética suponen siempre un retroceso a situaciones de menor belleza, entendiendo siempre por ésta los cánones clásicos de armonía, proporción y simetría.

Es muy importante que esta primera entrevista no se ajuste a criterios comerciales sino a esa meticulosa evaluación médica y psicosocial del paciente.

En psicoterapia breve como en cirugía plástica es fundamental establecer y focalizar un objetivo concreto para saber si es posible técnicamente la realización de lo que se nos solicita, cuándo se obtendrán los resultados que prevemos, la evolución o camino que el paciente y su terapeuta van a recorrer hasta obtener dichos resultados, el régimen de vida que favorecerá o perjudicará éstos, y por último establecer un presupuesto de gastos, que no solo incluye los inherentes a la cirugía, sino también a las restricciones familiares, laborales y sociales a que deberá hacer frente el paciente.

Al igual que en psicoterapia el vínculo terapéutico es fundamental en cirugía plástica estética, pues el paciente ha de tener la certeza de que la valoración de sus motivaciones y circunstancias la realiza el profesional con un único objetivo que es su beneficio, evitándole toda clase de complicaciones y riesgos.

La cirugía plástica es una terapia que actuará sobre las proyecciones psíquicas del paciente hacia su cuerpo (de arriba abajo), así como sobre las posibles repercusiones que cualquier anomalía de la forma producirán sobre el estado mental del paciente (de abajo arriba). Por ello es necesario una capacidad de adaptación a la realidad objetiva de su imagen, y realizar el duelo por la forma deseada y no tenida. La cirugía producirá un efecto terapéutico de abajo a arriba, positivo, empoderador, y adaptativo.

La cirugía es más que la “pregunta milagro”, es el milagro.

La psicoterapia igual que la cirugía estética son una “experiencia emocional correctora” para el

binomio paciente-terapeuta, ya que, además del anhelo del milagro, también existe en cirugía el miedo a las complicaciones. La cirugía supone siempre una agresión real, donde el error en la indicación y técnica empleada, serán causa de complicaciones postoperatorias que condicionarán los resultados finales estéticos. Y estos serán duraderos en la medida en que el paciente viva su vida atendiendo a los cambios que en su anatomía se han producido. Por tanto, experiencia emocional intensa de anhelo y miedo.

¿Debe tener miedo el cirujano al operar a alguien sano que desea una mejora estética de su anatomía? No, pero si una profunda responsabilidad, por muy seguro que esté de sus capacidades. Un cierto vértigo cuando se desmonta una cara para hacerla más bella, o unas mamas descompuestas en patrones como si fuera corte y confección.

Un mal resultado, una complicación, requieren una dedicación próxima, afectuosa, que mitigue la frustración del paciente y fortalezca el vínculo, que no debe verse mermado sino acrecentado en estas situaciones difíciles, como los hematomas agudos por sangrado, dehiscencia de las suturas, necrosis de los tejidos. Auténticos dramas para cirujano y paciente, pero de los que debe nacer una sincera y próxima amistad.

Concluyendo los resultados dependerán de todos estos factores: indicación, técnica, y cuidados. Así el profesor Álvarez Lovell (1914- 1980) llegaba a afirmar que una técnica mal indicada pero muy bien realizada, fracasará siempre, por el contrario, una técnica bien indicada, aunque haya sido realizada con menos arte, siempre obtendrá mejores resultados que en el caso anterior.

Resumen Histórico.

La cirugía plástica es tan antigua como la cirugía en general, aunque no es hasta 1818 cuando por primera vez Von Graefe utilizará este término para describir las técnicas que esta especialidad empleaba.

Durán Sacristán, H. (1983) en su tratado de Patología y Clínicas Quirúrgicas describe la evolución histórica de la cirugía. Converse, J. (1977) lo hace de la Cirugía Plástica, y Rees, T. en 1973 de la cirugía cosmética facial y en 1980 de la cirugía estética. Pero el texto más riguroso, prolijo y extenso, pues dedica sus 214

páginas a la historia de la cirugía, de la plástica, y de la estética, es el del profesor Quetglas Moll, J. (1999). De estos autores realizo un breve resumen.

Los primeros documentos médico-quirúrgicos como el papiro de Edwin Smith del 1.500 a.c., y el papiro de Ebers de la misma data, no hacen mención expresa al empleo de técnicas propias de la cirugía plástica, aunque si reflejan multitud de conocimientos anatómicos y un amplio arsenal quirúrgico y médico.

Se tiene sin embargo la certeza que sobre el año dos mil antes de Cristo los egipcios ya las empleaban.

La preocupación por la propia imagen y su repercusión psicosocial en la vida de las personas, y más en particular su reparación, se remontan a los anales de la historia.

En el Rig Veda y en el Atharva Veda de 1.500 a.c. se describen reconstrucciones nasales mediante plastias de vecindad tomadas de la frente y la mejilla.

Hay que significar que estas primeras técnicas reconstructivas nacen de la necesidad de reparar defectos nasales por amputación, castigo ampliamente extendido en la antigüedad. Rehabilitando la individualidad de la persona, que es término derivado del latín que significaba la máscara que los actores empleaban en el teatro para identificar su personaje en su role play. Nos identificamos con nuestra cara y con ella somos identificados socialmente, de aquí la importancia que su reconstrucción ha tenido a lo largo de la historia hasta nuestros días, en que con el desarrollo de las técnicas microquirúrgicas se están realizando, aunque a nivel experimental todavía, reconstrucciones casi completas de cara.

Susruta o Sucruta, 400 a.c., en la India, recopila las técnicas antes mencionadas, resaltando la práctica habitual de plastias frontales para la reconstrucción nasal. Técnica que ha llegado hasta nuestros días conocida como colgajo indio.

Celsus en su libro "Ac re medica" recopila las técnicas orientales y es considerado el primer cirujano plástico.

Galeno describe también la utilización de plastias de vecindad para la reconstrucción facial.

Desde la caída del imperio romano de occidente se sucederá un milenio de oscuridad reflejo del oscurantismo ideológico de la Edad Media.

En el imperio de Bizancio hay que destacar a Pablo de Eguina quién recopila las técnicas orientales desarrolladas también durante la cultura grecorromana.

La medicina árabe desarrolla desde los siglos XII-XVIII todas las técnicas orientales transmitidas a través del imperio de Bizancio. Así Averroes y Avicena relatan la reconstrucción nasal practicada al emperador Justiniano II mediante la técnica del colgajo frontal indio.

En Europa y como ejemplo de este oscurantismo ideológico del catolicismo medieval, hay que significar que el concilio de Letrán prohíbe la cirugía, desarrollándose una persecución de muchos intelectuales.

En el Renacimiento las familias Branca de Sicilia y Viano de Calabria trajeron secretamente las técnicas orientales realizando innovaciones técnicas al método hindú tendentes a evitar las excesivas cicatrices, lo que daría lugar al llamado método italiano.

Hay que destacar que el segundo gran precursor de la cirugía plástica y del empleo de técnicas de reconstrucción facial fue Gasparo Tagliacozzi que en 1597 en Venecia publica su libro "De Curtourum Chirurgicam per Insitionem", en el que describe además de otras técnicas la primera plastia a distancia para reconstrucción facial mediante un colgajo braquial en varios tiempos quirúrgicos. Dicha técnica obligaba a mantener el brazo unido a la cabeza mediante un complejo arnés por tiempo prolongado, hasta meses, con complicaciones importantes, incluido el fracaso de la viabilidad de la plastia total o parcialmente, con reintervenciones que prolongaban aún más la inmovilidad. Viene ello a demostrar la importancia que desde tiempo inmemorial el ser humano otorga a su imagen y la repercusión de sus alteraciones.

El desarrollo de la cirugía plástica del Renacimiento está acompañado de una gran progresión en el estudio de la anatomía, dónde es imprescindible mencionar los trabajos de Ambrosio Paré que practica la cirugía plástica mediante plastias al igual que Pierre Franco, y de Andrés Vesalio médico del emperador Carlos V que en 1542 publicará "De humani corporis

fábrica" extenso tratado anatómico de osteología, miología y angiología.

Paradójicamente en los siglos XVII y XVIII en los que se realiza grandes avances de las ciencias, las artes, la medicina y la cirugía, sin embargo, existe un letargo en el desarrollo de la cirugía plástica.

El siglo XIX proporciona un gran desarrollo de esta cirugía con el advenimiento de nuevas técnicas y tipos de plastias que ya no se interrumpirá hasta nuestros días. Este nuevo resurgimiento comienza en 1794, cuando Dieffenbach introduce una novedad en el manejo de estas plastias, empleando un colgajo plegado sobre sí mismo para la reconstrucción nasal. En este mismo año una carta de Mr. Urban es publicada por "Gentlemans magazine" de Londres haciendo referencia con esquemas muy claros a la técnica del colgajo hindú.

Carpue en 1814 reporta la primera reconstrucción nasal de la modernidad utilizando el método hindú, y en 1818 reporta tres casos de rinoplastia empleando el método indio y el de Tagliacozzi.

Von Graefe, profesor de cirugía de la universidad de Berlín, en 1818 es el primero en usar el término de cirugía plástica desarrollando diversas plastias y modificando métodos anteriores. Describe las técnicas de rinoplastia, siendo el primero después de Tagliacozzi.

El hito más importante de este siglo es el advenimiento de la primera anestesia general con éter que efectúa Morton, en Boston, el 11 de octubre de 1846, que cito por su relevancia en el desarrollo de la cirugía en todas sus ramas.

En esta primera mitad del siglo XIX, que Duran Sacristán denomina cirugía del romanticismo hay que señalar al español Diego Manuel de Argumosa y Obregón que desarrolla las primeras queiloplastias (Queilo: Labio) y blefaroplastias (Blefar: Parpado).

Es en la segunda mitad de siglo (Positivismo naturalista 1848-1914) cuando tiene lugar un gran desarrollo de la cirugía de la cara y el cuello. En este periodo dos grandes cirujanos españoles destacan, Federico Rubio y Gali innovador de técnicas como la laringectomía, y Juan Creus y Manso gran cirujano de la patología de cabeza y cuello y de sus reconstrucciones plásticas.

Durante los años 40 la escuela anglosajona desarrolló extensamente las técnicas de los injertos de piel extraídos con el dermatomo (instrumento con el que se obtienen capas de piel hendidas) en la reparación nasal, frente a la escuela alemana que demostró siempre su predilección por la reparación mediante colgajos de piel. Converse llegará a afirmar sarcásticamente que el dermatomo no era conocido en esta época en los países del continente europeo.

Pero es Sir Harold Delf Gillies el gran precursor de la cirugía plástica en su contexto actual, proporcionando gran desarrollo de las plastias a distancia mediante colgajos tubulares.

Gillies, otorrinolaringólogo, desarrolló su trabajo durante la primera gran guerra mundial, reconstruyendo graves lesiones faciales en los soldados evacuados del frente. Estos soldados salvaban la vida pero deformados por las graves lesiones faciales, causaba una auténtica fractura vital, pues habían perdido su identidad como personas. Las cirugías practicadas por Gillies consiguieron a medio y largo plazo grandes resultados no solo anatómicos y funcionales, sino también la reparación psíquica de la identidad personal de estos soldados.

Las graves lesiones faciales requieren un apoyo psicoterápico intenso y muy cercano, pues hay que proporcionar terapia para la depresión reactiva y la ansiedad por la fractura narcisista e identitaria y conseguir la confianza en los tratamientos que se le practiquen para ir recuperando gradualmente su imagen.

Debemos a Paul Tessier el desarrollo de la difícil y compleja cirugía craneofacial para el tratamiento de las grandes malformaciones congénitas.

La cirugía estética tendrá su gran desarrollo en la segunda mitad del siglo XX como una subespecialidad de la cirugía plástica, para atender una demanda con base psicológica, por insatisfacción con aspectos normales de la anatomía, y cuya mejora de imagen empodera y aumenta la autoestima.

El concepto de normalidad y belleza ha variado a lo largo de la historia y varía en nuestros días según la cultura, raza, e incluso concepciones morales, religiosas y culturales, en sociedades cada vez más multiétnicas y multiculturales. Rees al referirse al concepto de belleza refiere un

viejo adagio que dice “beauty is in the eye of the beholder” que denota su carácter subjetivo. Evidenciándose que las motivaciones de cambio en cirugía estética, sobre anatomías normales, son siempre psicológicas, debiendo descartarse las patologías psiquiátricas, y en especial las dismorfofobias.

La cirugía plástica abarca un campo muy extenso de la anatomía, desde las malformaciones congénitas, las secuelas traumáticas y las resultantes de tratamientos quirúrgicos de enfermedades con secuelas que afecten a la imagen y el esquema corporal. y además todas aquellas desviaciones de la forma por más o por menos que se distancien de una normalidad de belleza aceptada social y culturalmente.

Álvarez Lovell consideraba que la cirugía plástica era la cirugía psiquiátrica de nuestro tiempo. Sin embargo, la cirugía estética que se practica en la actualidad con carácter electivo y voluntario, se ha dejado arrastrar a terrenos puramente comerciales, desvirtuando los principios de mejora de la imagen y el esquema corporal y su rehabilitación psíquica. No se tiene en cuenta, con demasiada frecuencia que las modificaciones de la anatomía, cuanto más extensas, conllevan más riesgos y complicaciones, con los consiguientes perjuicios para la salud física y psíquica a corto, medio y largo plazo. También se olvida, aun todavía con más frecuencia que, se esculpe un tejido vivo y no mármol, y que dependiendo de cómo viva nuestra escultura así durará el resultado. La Venus de Milo sigue bella porque es de mármol.

La concepción actual de la cirugía estética como una cirugía electiva y voluntaria ha propiciado su banalización y comercialización como un producto de consumo más. Muchos profesionales, ante la falta de cobertura de estos tratamientos por la medicina pública y los seguros de enfermedad, han encontrado en estas cirugías una fuente de ingresos económicos, llegando a atender solicitudes de tratamiento aberrantes, amparadas en la libre elección, libertad y autonomía de los clientes, ya no pacientes. En muchos casos se ha pretendido que la información previa suministrada a los clientes, si era extensa y detallada, ampararía al médico en su posible responsabilidad ante las complicaciones que pudieran derivarse de la cirugía. Pero no se puede equiparar los conocimientos médicos exigidos por la “Lex artis

ad hoc” con la comprensión de la información recibida por los clientes, por muy exhaustiva que ésta sea. Primará siempre el conocimiento médico para indicar y/o desaconsejar lo que crea en conciencia que es mejor para el cliente en la ponderación de riesgos y beneficios. Gómez (2007).

Álvarez Lovell recordaba siempre que cuando se opera bien, y no les duele, el riesgo de complicaciones por actividad física habitual precoz aumentaba.

La falta de síntomas postoperatorios ha sido uno de los factores que ha contribuido a la banalización de estos tratamientos quirúrgicos, y favorecido una pronta reincorporación a la vida habitual con el riesgo frecuente de dehiscencias de las suturas, hematomas, infecciones, y retraso en la cicatrización, con empobrecimiento de los resultados. El postoperatorio asintomático correrá más peligro de complicaciones cuando se realizan cirugías múltiples en un solo acto quirúrgico, al ser mayor la agresión y el riesgo de pérdidas serohemáticas, inflamación postoperatoria, y las restricciones físicas difíciles de cumplir cuando se afectan extensas áreas de la anatomía.

Cuando el resultado ha cambiado algún área significativa eróticamente y es muy satisfactorio, y existe una relación física íntima, lo prudente es prescribir la cuarentena de las relaciones íntimas. En el caso de las mamas, suspendidas como un balcón contra la gravedad, y objeto de deseo y placer sexual, es aconsejable, en los primeros meses, mantener el sujetador durante las relaciones para evitar desplazamientos excesivos que deforman el resultado, pues la cicatrización precisa no solo de tutores, sino también de tiempo, como el hormigón y su encofrado. Tiempo que ha de ser acompañado por el “cirujano terapeuta” para empoderar al paciente en las restricciones y pautas de vida que se le indican y para integrar positivamente los cambios en su imagen.

La comercialización de la cirugía electiva y sus beneficios económicos han atraído a este campo de la medicina a muchos médicos generalistas sin la formación y experiencia necesaria para un ejercicio de la cirugía con mínimas garantías. También la publicidad y el culto a la belleza física han generalizado la demanda de tratamientos estéticos y cosméticos en todas las clases sociales, con precios populares y

financiados. Paralelamente ha surgido una insatisfacción cada vez más frecuente de los resultados, que unida a las frecuentes complicaciones de estos pseudoprofesionales, han hecho aumentar las reclamaciones judiciales por mala praxis.

La voracidad de algunos profesionales y la incultura de muchos usuarios ha propiciado casos de grandes estafas como el de las prótesis PIP de silicona no biocompatible y los trágicos casos de infiltraciones de relleno con productos no autorizados, incluso de uso industrial.

Realizadas todas estas consideraciones, queda por comentar la patología psíquica que más problemas puede causar en cirugía plástica y es considerada por todos los autores como una contraindicación absoluta de estos tratamientos quirúrgicos: La Dismorfofobia.

Esta cuando se manifiesta como rechazo de una desviación de la normalidad anatómica (dismorfia) es comprensible, y puede considerarse normal y hasta adaptativa, y será, una indicación clara de cirugía que devuelva ese aspecto de normalidad con la consiguiente mejora de la fobia que generaba inseguridad, retraimiento y el también constante rechazo social, que como en la edad escolar puede ser muy intenso, agresivo y lesivo. Cuando la dismorfofobia es el rechazo de algún aspecto objetivamente normal pero que el paciente, en una distorsión de la percepción su imagen y esquema corporal, considera anormal y crea una obsesión fóbica, debe considerarse como una grave patología psíquica y rechazar su tratamiento quirúrgico pues la modificación física no resuelve la alteración psíquica y persistirá la obsesión sobre detalles milimétricos. La insatisfacción y la fobia pueden conducir a estados de ansiedad tan graves acompañados de ideaciones delirantes que llegan a la automutilación, el suicidio, o la agresión, y asesinato del cirujano. Todos recordamos la trágica muerte del doctor D. Fernando Vázquez Añón y su enfermera Pilar a manos de un paciente varón adulto dismorfofóbico. Una forma menor de la dismorfofobia lo constituyen los perfeccionistas que demandan modificaciones mínimas de anatomías normales. En estos casos debe abstenerse el profesional de indicar un procedimiento quirúrgico que por su propia naturaleza conlleva, siempre, un margen de error que puede ser mayor que el mínimo cambio solicitado por los pacientes.

En todo paciente que solicita un tratamiento de cirugía plástica existe una cierta actitud dismorfofóbica sobre algún aspecto de su anatomía como proyección somática de algún estado de inestabilidad o inseguridad psíquica.

En la valoración de las motivaciones se ha de tener cautela sobre todo los aspectos extra personales de índole relacional. Las crisis de pareja no se resuelven con cirugía plástica. En primer lugar, la motivación ha de ser objetiva para poder actuar quirúrgicamente sobre una anatomía sana que permita su modificación. Establecido el “foco” de actuación, deben valorarse la repercusión psíquica que producirá en el paciente y su capacidad para hacer frente a las previstas molestias y deformidad, inherentes a cirugía, hasta llegar al resultado previsto, sin fantasías. Admitiendo siempre un margen de imprevisión individual en la evolución de los resultados, y se acepte como normal todo lo que en el postoperatorio vaya sucediendo, en el “camino”. El médico acompañará y aliviará con medicación, y su presencia próxima y terapéutica, tanto el postoperatorio inmediato, como la evolución posterior hasta el resultado previsto que por lo general se establecerá no antes del primer año.

Sin que se puedan enumerar todas las posibles motivaciones, que como es natural siempre serán únicas y muy personales, realizo a continuación una distribución por edades y áreas de la anatomía que han presentado mayor incidencia de solicitud terapéutica quirúrgica en mi práctica personal.

Por edades las solicitudes más frecuentes en mi práctica personal han sido:

- ❖ Neonatos y primera infancia:
 - Malformaciones congénitas:
 - Craneofaciales. En la primera infancia, en centros especializados.
 - Fisuras labiopalatinas. Primera infancia en centros especializados.
 - Malformaciones genitourinarias. Centros especializados.
- ❖ Edad escolar:
 - Orejas en soplillo u orejas en asa.
 - Polidactilias y sindactilias.
- ❖ Adolescencia:
 - Hipoplasia mamaria.
 - Hipertrofia mamaria.
 - Trastornos globales del esquema corporal.
 - Obesidad,
 - Anorexia
 - Vigorexia
 - Secuelas quirúrgicas (malformaciones, traumatismos, otras cirugías).
 - Ginecomastia del varón.
 - Ninfoplastias y postectomía.
- ❖ Primera edad adulta (adulto joven 20-30):
 - Rinomegalia y deformidades nasales postraumáticas.
 - Hipoplasia e hipertrofia mamaria.
 - Trasplante capilar.
 - Deformidades postgravídicas.
 - Trastornos globales del esquema corporal.
- ❖ Segunda edad adulta (30-45)
 - Rinoplastia estética.
 - Mastopexia (corrección de la ptosis mamaria).
 - Reducción mamaria.
 - Reconstrucción postmastectomía.
 - Trasplante capilar.
 - Deformidades postgravídicas.
 - Abdominoplastia.
 - Cirugía plástica ginecológica.
 - Vigorexia.
 - Implantes faciales y tratamientos antiaging.
 - Lipodistrofias localizadas y obesidad.
- ❖ Tercera edad adulta (45-55)
 - Reducción mamaria, mastopexia y reconstrucción por ostmastectomía.
 - Abdominoplastia.
 - Trasplante capilar.
 - Flacidez y descolgamientos cutáneos corporales.
 - Lifting facial.

- Blefaroplastias (párpados).
- Implantes faciales y tratamientos antiaging.
- Ginecología estética.
- ❖ Presenectud (55-70)
 - Reducción mamaria funcional en macromastias sintomáticas.
 - Reconstrucción postmastectomía.
 - Flacidez y descolgamientos cutáneos corporales.
 - Lifting facial.
 - Blefaroplastias.
 - Implantes faciales y tratamientos antiaging.
 - Lipodistrofias y obesidad con repercusión funcional.
 - Manchas y tumores cutáneos.
- ❖ Senectud (más de 70)
 - Lifting y blefaroplastias.
 - Implantes faciales y tratamientos antiaging.
 - Manchas y tumores cutáneos.

Malformaciones congénitas

Las malformaciones craneofaciales

Son graves y raras deformidades que requieren tratamientos muy especializados por el alto riesgo quirúrgico dada la complejidad, agresividad y larga duración de las cirugías. Los resultados, aunque mejoran la situación previa distan mucho de conseguir resultados estéticos aceptables por los patrones socialmente imperantes. Siempre son causa de afectación psíquica grave, afectando al desarrollo de la personalidad. Precisan psicoterapia de apoyo durante las primeras etapas de la vida, en especial la edad escolar y la adolescencia. Las terapias narrativas pueden mejorar la aceptación social. Se produce rechazo al explicar los pacientes que las deformidades que presenta son secuelas de una malformación congénita. Etiología que todavía conlleva el misterio del castigo o maldición divina y la consiguiente repulsa y miedo social. Para corregir esto, hemos evidenciado que el cambio de narrativa del

paciente, al ser preguntado por el origen de sus secuelas, conlleva una mejor aceptación si refiere como causa un traumatismo facial y más si este es de tráfico y más aún si es concretamente de moto, el vehículo de los jóvenes.

Fisuras labiopalatinas

Estas malformaciones aparecen en ambos sexos, aunque son más frecuentes en el varón. Requieren cirugías tempranas cuando afectan funciones importantes como la alimentación y la articulación del habla, por lo que se corrigen en los dos primeros años de vida. Dicho tratamiento se realiza en hospitales infantiles y por médicos especialistas en cirugía plástica infantil por lo que a la consulta general de adultos acuden jóvenes que presentan secuelas quirúrgicas cicatriciales y, también, las más difíciles de corregir que son las derivadas de la alteración del crecimiento facial. Causadas por la agresión quirúrgica, las cicatrices y plastias actúan como una matriz restrictiva del crecimiento, tanto más cuanto mayor sea la amplitud de las fisuras y su consiguiente reparación quirúrgica. Es el caso de la afectación palatina, su cirugía producirá con frecuencia retrusión del maxilar superior en el adulto. En muchos casos y por la naturaleza y extensión de la fisura no son posibles más mejoras quirúrgicas y persiste alguna secuela funcional, anatómica, y estética que es socialmente notoria.

Poli y Sindactilias

La polidactilia consiste en la presencia de un sexto dedo, que puede aparecer como apéndice en cualquier dedo y más frecuentemente como sexto dedo a continuación del meñique. Su tratamiento por extirpación quirúrgica antes de la incorporación escolar del menor, es lo más adecuado, evitando así las agresiones en estos primeros años de la socialización del menor. Las sindactilias no son la ausencia de un dedo, si no la unión, en distinto grado, de dos dígitos, tanto de las manos como de los pies, afectando de forma bilateral y simétrica en un 50% de los casos. La separación de estos está condicionada por la presencia de la huella dermopapilar. Si solo existe una huella indica la ausencia de los paquetes neurovasculares suficientes para la separación y viabilidad de las plastias, que han de recubrir la superficie cruenta entre ambos dedos, siendo en estos casos necesarias cirugías con plastias e injertos que serán causa de

cicatrices que actúan como una matriz restrictiva del crecimiento, y siendo causa de deformidad al actuar como bridas retráctiles, curvando y acortando los dedos. En estos casos puede ser aconsejable retrasar la cirugía hasta concluir el crecimiento en la pubertad, siendo admirable la capacidad de ocultación que adquieren estos niños para que no sea notoria la malformación, y así de forma adaptativa se consigue una mínima repercusión psíquica. En el caso de existir dos huellas dermopapilares la cirugía es más sencilla y las deformidades por restricción del crecimiento menores por lo que la cirugía podría realizarse antes si no existe una actitud adaptativa y a la repercusión psíquica pueda ser importante.

Orejas en soplillo u orejas en asa.

En la edad escolar la demanda más frecuente en nuestro medio en ambos sexos son las orejas en soplillo u orejas en asa por ser objeto frecuente de acoso escolar que obligara a realizar la corrección tan pronto como el menor de síntomas de ser objeto de burlas o agresiones, las más frecuentes los motes y los tirones de orejas. Aunque en las niñas el pelo largo puede disimular algo el defecto no conviene retrasar mucho su tratamiento para que no desarrolle conductas evitativas hacia el deporte, el ejercicio físico, y las playas o piscinas donde la ocultación se hace muy difícil. La cirugía, bajo anestesia y meticulosa, proporciona unos buenos resultados desde el posoperatorio inmediato casi milagroso, debiendo, eso sí, proteger las orejas de traumatismos en los primeros meses, evitando deportes de contacto y sujetando y protegiendo las orejas con diademas elásticas. Pese al buen resultado si la actitud de los acosadores persiste, se aconseja el cambio de colegio, pues no será la primera vez que el acosador le da otro tirón de orejas al recién operado, que tan contento espera la aprobación de sus crueles compañeros, desbaratando toda la cirugía y causando una retraumatización psíquica, y ahora también física que obliga a la reintervención. Pero esto no solo ocurre en edad escolar, también lo he observado en adultos.

Secuelas cicatriciales en la adolescencia

Las cicatrices resultantes de la corrección de malformaciones faciales son difíciles de restituir "ad integrum" cuando la malformación es extensa y ha requerido amplia reparación

quirúrgica. Como se mencionó más arriba los amplios despegamientos quirúrgicos y la posterior cicatrización actúan como matrices restrictivas del crecimiento. En países del tercer mundo es frecuente encontrar adultos con fisuras labiopalatinas no operadas que no presentan trastornos del crecimiento por lo que se ha relacionado causalmente la cirugía con la restricción del desarrollo facial. Cicatrices de quemaduras, traumatismos graves y las secuelas quirúrgicas, cuanto más extensas, son más difíciles de una restitución completa a la normalidad que evite su notoriedad social. Los accidentes domésticos en la infancia son una de las causas más frecuentes de secuelas cicatriciales estéticas, y de ellas las más graves las quemaduras, cuyo tratamiento quirúrgico recuperará la funcionalidad de párpados y labios, así como las graves retracciones cicatriciales en cuello, maxilares y mejillas, pero el resultado de plastias e injertos necesarios para su corrección dista mucho de ser un resultado estético, por lo que siempre estos pacientes presentan una repercusión psíquica muy importante no solo por el rechazo de la autoimagen, sino por la consideración social de casi monstruos. El daño psíquico afecta a todo el sistema de la familia nuclear donde los sentimientos de culpa en el subsistema parental son una constante que también debe tratarse por psicoterapia.

Es preciso cuando se valora algún tratamiento quirúrgico en zonas expuestas considerar sus posibles cicatrices y su repercusión, siendo lo más indicado el evitarlas. Este es el caso de los quistes del acné cuyo tratamiento ha de ser dermatológico, evitando las cirugías dado que el cutis graso siempre produce muy malas cicatrices y además de difícil corrección posterior.

Las cicatrices resultantes de traumatismos o cirugías requieren una correcta valoración de las técnicas de reparación a emplear, su correcta ejecución y seguimiento, en sus aspectos físicos y en su repercusión psíquica. Las cirugías precisan cuidados con tutores, cremas, restricciones a la exposición solar y el ejercicio físico, así como la evitación de la ingesta de alimentos o bebidas que produzcan vasodilatación facial, pues a mayor inflamación peor cicatrización. La corrección quirúrgica ha de complementarse con procedimientos cosméticos como los

tratamientos con láser o las dermoabrasiones químicas que suavicen los márgenes entre la cicatriz y los tejidos sanos que la rodean. Durante todo el proceso los pacientes precisan de un acompañamiento psicológico que refuerce las evidentes mejoras paulatinas, sin falsas expectativas, y al mismo tiempo ayudando a realizar el duelo por las pérdidas que posiblemente no se logren nunca reparar. Esto se consigue con un seguimiento frecuente de la evolución, acompañado con un tratamiento psicoterápico que aporte un apego seguro al paciente y permita una equilibrada evolución entre la esperanza y el duelo maduro y realista. No siempre se consigue si existen traumas previos, inseguridad o rechazo, trauma temprano, y problemas en el apego. Y si además las secuelas son graves actúan como nueva retraumatización.

Alteraciones de la forma nasal

Rinomegalia y deformidades nasales postraumáticas

Son causa de demanda frecuente de cirugía estética en el adulto joven en ambos sexos. El final del desarrollo y la expresión fenotípica de caracteres familiares son la causa de la manifestación de narices adultas, con formas y tamaños disarmónicos que confieren una expresión dura o poca acorde con las estrictas pautas de belleza socialmente imperantes. De igual forma los traumatismos nasales durante la infancia que ocasionan fracturas no visibles en estos momentos del desarrollo, evidenciarán en esta primera edad adulta desviaciones y deformidades que causan trastornos funcionales respiratorios por fosas nasales y deformidades estéticas que pueden ser muy llamativas. La motivación psíquica viene del rechazo a un aspecto rudo, más adulto de la edad cronológica, o al carácter familiar que confiere pertenencia.

La cara es el área más visible de nuestra anatomía por la que nos identificamos y se identifica a las personas socialmente, por ello la corrección de sus defectos es tan demandada, y en concreto las deformidades nasales. Recordemos ahora como en la antigüedad y durante siglos se han realizado técnicas para la reconstrucción de amputaciones nasales pese a la dificultad técnica de estas cirugías, pues lo más sencillo en cirugía plástica es quitar y lo más difícil es añadir cuando falta.

En el campo de la normalidad relativa hay que significar en el adulto joven, en ambos sexos, las deformidades nasales por lo general por exceso. La corrección de una gran nariz devolverá un aspecto más suave y juvenil a una cara de aspecto más duro y adulto que siempre produce una gran nariz. En la mujer la corrección hacia una nariz más proporcionada y armónica ofrecerá un aspecto agradable y una gran aceptación personal y social, siempre que no se vaya al extremo opuesto en la corrección, es decir, a una nariz excesivamente pequeña, pues el cambio es tan grande que incluso la propia paciente podrá no reconocerse y el entorno social se lo recordará constantemente. A los varones jóvenes con grandes narices, aspecto de boxeador o de legionario romano, habrá que advertirles siempre que la rinoplastia dulcificará y rejuvenecerá mucho su aspecto pudiendo infantilizarles. Tanto en mujeres como en hombres, en mi opinión, y en la de mi maestro en esta cirugía el profesor Ortiz Monasterio (1996), la nariz operada perfecta sería aquella que no parece operada. Éste es el ideal también en las deformidades postraumáticas, de mayor complejidad en su corrección si se suma una grave desviación del tabique nasal, y más si existe hundimiento o falta de estructura de sostén del dorso de la pirámide. Para la práctica de estas cirugías se precisa de una correcta formación especializada, unida a una gran pericia y arte. La rinoplastia precisa de una corrección de la estructura cartilaginosa y ósea que dan forma a la pirámide nasal. Dicha corrección no es atraumática pues en la porción más alta de la pirámide su estructura es ósea y precisa de osteotomías que se realizan con sierras o con escoplo y martillo. Estas osteotomías, auténticas líneas de fractura, con bastante frecuencia, producirán una inflamación que puede ir acompañada de hematomas en párpados y mejillas, siendo causa, a veces, de importante deformidad en las dos primeras semanas y por tanto de un estado de alarma y preocupación del paciente que debe ser acompañado por el cirujano, recordando que dicha inflamación es normal, de carácter individual, y que ya fue prevista cuando se les informó, en las consultas previas, de las complicaciones habituales de esta cirugía y de su carácter transitorio. Lo que no impide que el paciente sufra al no ver resultados estéticos y sí una deformidad facial traumática que alarmará también a su entorno más próximo.

En el adulto es menos frecuente la demanda de rinoplastia salvo como tratamiento del envejecimiento, pues una nariz más pequeña rejuvenece ya que crece con los años. La mujer muy exigente con su aspecto la demanda junto a otras técnicas de rejuvenecimiento facial. En el varón adulto no se aconseja aceptar esta cirugía por indicación estética dado la frecuencia de patologías psíquicas como las dismorfofobias y estas de larga evolución, que por la distorsión de la imagen percibida no valoraran los resultados favorablemente, persistiendo la insatisfacción e inseguridad con demandas persistentes de correcciones cada vez menos objetivas y agravamiento de la ansiedad, pudiendo culpar al cirujano de su angustia por unos resultados que subjetivamente no le satisfarán nunca. Excepción en el varón mayor lo constituye el rinofima, que es la hipertrofia de las glándulas sebáceas y sudoríparas de la punta nasal, con aumento de vascularización telangiectásica que confieren un aspecto congestivo semejante al del etilismo crónico.

Alteraciones de la forma mamaria

Deformidades mamarias durante la pubertad

Durante esta etapa es casi una constante la inseguridad e insatisfacción por el físico en ambos sexos. De todos es conocido que el cambio morfológico en las chicas es rápido y se completa en poco tiempo, con el paso de niña a mujer, a veces tan brusco, que coge por sorpresa a la niña sin la preparación psíquica adecuada para soportar un cuerpo de mujer y la atracción que este ejerce sobre el sexo contrario. La cifosis púdica evitativa (encorvadas hacia delante), con su cortejo de actitudes de defensa, como carpetas o brazos que tapan los pechos, se observa en jóvenes con desarrollo excesivo del pecho, objetivo o subjetivo. Esta actitud acaba acarreado patología funcional de columna, limitación para el ejercicio físico y la no exposición en trajes de baño. Si la mama no es objetivamente grande y en sí misma no es causa de trastorno funcional, su tratamiento será psicoterápico a la espera de la maduración psíquica que haga que la joven valore como algo atractivo y deseable su nueva figura femenina. De persistir el desarrollo de las mamas y ser causa de patología algica y funcional, serán pacientes a valorar para indicación de reducción mamaria, con sus inconvenientes de cicatrices visibles e imposibilidad para la lactancia. En el extremo opuesto están las jóvenes puberales que solicitan

aumento mamario antes de completar su desarrollo. En estas ocasiones, como está ocurriendo en América, son sus papás los que las ofrecen el aumento como regalo de la puesta de largo.

En la pubertad son escasas las demandas de cirugía estética mamaria en los varones, más preocupados por los cambios de voz, rápido crecimiento, acné, seborreas, olores corporales, y libido exultante y afectos distímicos. La excepción es la ginecomastia.

Ginecomastia del varón adolescente

La ginecomastia es el desarrollo excesivo de las mamas en el varón. Durante la adolescencia está frecuentemente asociada a obesidad ginoide antes de las manifestaciones fenotípicas de la maduración hormonal masculina. La obesidad ginoide, tanto en caderas, abdomen y mamas, es causa de rechazo de la imagen tanto por el joven como por sus compañeros de estudios, deportes y ocio. El aspecto femenino de estas lipodistrofias es causa de bromas y agresiones verbales, El tratamiento quirúrgico que más demandan estos jóvenes es la reducción de volumen de las mamas, que es lo que más feminiza su figura, y por tanto es causa de la mayoría de las agresiones. Es preciso diferenciar entre la ginecomastia verdadera, con presencia de glándula mamaria, de la ginecomastia grasa. En el primer caso es precisa la extirpación de la glándula por vía periareolar asociada a liposucción del volumen graso, mayor siempre que el tejido glandular. En la ginecomastia grasa la liposucción es suficiente para corregir la forma de la mama. La corrección de la ginecomastia produce un cambio "milagroso" que corta de raíz todas las agresiones que por el aspecto femenino venía sufriendo el joven. La obesidad restante remite con la maduración testosterónica, la dieta equilibrada y el ejercicio físico.

Alteraciones de la forma en la mama adulta

Goldwyn (1981) en su introducción a su texto de Cirugía plástica y reconstrucción de la mama, significa la gran demanda de cirugía mamaria que el culto al cuerpo, y éste desnudo, se ha producido en la última mitad del siglo XX.

La mujer desea una mama acorde con las corrientes estéticas y sexuales de nuestro tiempo, por lo que el embellecimiento de esta área corporal es cada vez más solicitado.

Hipoplasia

El aumento mamario con implantes de silicona biocompatible ha supuesto la gran revolución de la cirugía plástica, hasta el punto de ser en mi opinión la técnica más agradecida y donde la ponderación beneficio/riesgo es más favorable. Las distintas vías para la colocación de los implantes, el volumen y calidad de estos, repercutirán no solo en el aspecto de la mama, sino en la funcionalidad de ésta de cara a la lactancia, ahora mucho más demandada por sus beneficios para el lactante a nivel médico y psicológico en la adquisición de un apego seguro. Para conseguir esto el aumento mamario debe realizarse por una vía que no afecte la estructura anatómica de la glándula.

Cada mama por su anatomía permite unos márgenes de cambio que no son ilimitados. Cuanto mayor sea el despegamiento para albergar la prótesis, más tejidos tienen que ser seccionados, disminuyendo por tanto la adherencia de la mama al sustrato muscular pectoral con lo que se favorecerá en un futuro la ptosis. Las fibras de Cooper fijan la glándula a la aponeurosis muscular que además recibe del músculo el 50% de su vascularización, por lo que un despegamiento amplio dejará la mama únicamente sujeta al tronco por las fibras más periféricas del tejido conjuntivo y la piel.

El ideal estético será siempre una mama acorde con la anatomía, la edad y momento evolutivo de la paciente, procurando siempre que la prótesis quede bien cubierta por los tejidos mamarios de forma que no se aprecien ni pliegues ni transparencias a la luz, y menos aún que la mano que palpa la mama perciba la prótesis.

Para conseguir lo anterior y analizando las distintas vías, la técnica más indicada y funcional para todos los autores es la vía submamaria. La incisión de aproximadamente 3-4 cm, lineal se realiza en el surco submamario, para que tras realizar el aumento la línea cicatrizal se confunda con la línea del pliegue. Esta incisión permitirá la separación de toda la glándula mamaria hacia delante separándola del músculo y creando así la cavidad que albergará el implante. Al no seccionar tejido mamario se evitarán contaminaciones por gérmenes saprófitos habituales de la glándula, que son la causa reconocida hoy en día como el factor desencadenante más frecuente de las reacciones fibrosas pericapsulares, que deforman la mama y

además la hacen dura y dolorosa. Al mantener indemne la glándula, la lactancia estará siempre garantizada y las posteriores revisiones de la patología mamaria no se verán afectadas ni en la exploración clínica ni radiológica. Incluso esta última se verá favorecida en mamas pequeñas al proyectar la glándula hacia delante, y así con más facilidad poder ser manejada en dicha exploración.

Para conseguir el tamaño ideal utilizamos unas prótesis medidoras inflables con suero, que una vez realizada la cavidad se introducirá en ella, y que iremos rellenando progresivamente hasta alcanzar ese tamaño bello y al mismo tiempo funcional que a largo plazo no favorezca la aparición de estrías cutáneas por distensión ni ptosis (descolgamiento).

Al producirse un cambio notorio en la figura, la época idónea para realizar la cirugía será siempre épocas frías, propicias para ropa holgada para que al llegar la primavera y el verano, si el entorno femenino denotara el cambio, alegar siempre un cambio hormonal por un tratamiento del ginecólogo, evitando siempre confesar, a un entorno envidioso y agresivo, la verdad del cambio que aprecian. Una cosa es mentir y otra muy distinta, no decir. La paciente no debe dar explicaciones de su intimidad.

Para conseguir que la cirugía de implante pase desapercibida, además del tamaño, se debe de huir de técnicas donde la cicatriz se sitúe en el centro visual. Si la mama mirada frontalmente es redonda, y la areola y el pezón son el centro de la diana visual, este será el sitio más visible por muy buena que sea nuestra cicatriz, pues areola y pezón centran la atención de la mirada, mientras que la técnica submamaria, ya descrita, al quedar periférica y en el surco no es objeto de atención. Las técnicas transareolares seccionan completamente la glándula para acceder al plano prepectoral. Todos los ductos y acinis seccionados serán causa de retención láctea y de fibrosis cicatriciales que distorsionarán las imágenes de los screening radiológicos. Hoy se ha puesto de moda, para implantar prótesis de mayor tamaño del aceptado por la anatomía mamaria, el implante en un lecho submuscular, seccionando las inserciones costales y esternales del músculo pectoral. Aunque esto permite un aumento de volumen mayor y un resultado estético aceptable en reposo, no ocurre lo mismo con la función del músculo que al contraerse deforma la mama

desplazando las prótesis hacia arriba y afuera, hacia la axila. Deformidad tremendamente antiestética, que se produce en el ejercicio físico y también durante las relaciones sexuales.

Asimetría

Capítulo importante en las alteraciones de la estética mamaria lo constituye la asimetría, que se da siempre, pero en grados que no constituyen patología. Cuando esta asimetría es notoria y causa un claro defecto estético con repercusión psíquica, la cirugía esta siempre indicada para armonizar forma y volumen, mediante el implante de prótesis en la más pequeña o la reducción de la de mayor tamaño, según el caso y a elección de la paciente. Los grados máximos de asimetría se dan en el síndrome de Poland que asocia a la hipoplasia mamaria, incluso amastia, la ausencia en distinto grado de la musculatura pectoral, y deformidades de la pared ósea torácica, requiriendo en estos casos la inserción de un implante a medida diseñado por ordenador con el auxilio de estudios por imagen como el scanner.

Ptosis mamaria

El descenso de la glándula mamaria además de por una laxitud de los tejidos y un aumento en la densidad y peso de la glándula, se ve favorecida en la nulípara con desarrollo mamario por los ejercicios físicos intensos sin la protección del sujetador, también llamado "sostén". El embarazo y la lactancia son los factores etiológicos más frecuente de ptosis mamaria, por el aumento brusco del volumen mamario y la incapacidad de los tejidos para soportar la distensión.

El embarazo y la lactancia son los factores etiológicos más frecuente de ptosis mamaria, por el aumento brusco del volumen mamario y la incapacidad de los tejidos para soportar la distensión que producirá laxitud de los tejidos y un aumento en la densidad y peso de la glándula.

En la nulípara con desarrollo mamario se ve favorecido el descenso por los ejercicios físicos intensos sin la protección del sujetador, el también llamado "sostén".

Cuando el descenso o pérdida de volumen, cesada la lactancia, se considera estable y la areola no ha descendido por debajo del surco, la técnica más adecuada y que no dejará cicatrices apreciables, sería un aumento como

el descrito arriba que recupere el volumen, turgencia y posición de la mama al elevar esta. Si existe una gran laxitud de tejidos lo indicado no es rellenar todo el volumen con una prótesis porque estaríamos actuando en la misma dirección de los agentes causales. En este caso la técnica adecuada sería la denominado mastopexia con reducción del tejido laxo dermograso excedente con elevación y fijación de la glándula en posición adecuada a la musculatura pectoral. La técnica pagará el precio de una cicatriz periareolar que se extenderá hacia abajo en los intercuadrantes inferiores en mayor o menor grado según la ptosis y necesidad de ascenso del complejo AP, pudiendo si es necesario extenderse en forma de "J" hacia la parte externa del surco submamario. Este aspecto será de elección de la paciente que si no quiere mucha cicatriz podrá asociarse a la mastopexia el implante de una prótesis que devuelva una forma turgente y proyectada de la mama, pero sin un volumen excesivo, evitando ascensos del complejo AP por encima del volumen mamario que, en poco tiempo, sino ya en el mismo quirófano, dejen los complejos AP mirando al cielo. Las cicatrices periareolares son siempre visibles pues los límites entre la areola y la piel circundante no son lineales sino difusos.

Hipertrofia mamaria. Macromastia.

La cirugía de mayor envergadura y de indicación médica, física y psíquica, lo constituye la corrección de la macromastia.

Macromastias del adulto son frecuentes en multíparas con antecedentes familiares y se asocian también con frecuencia a obesidad y muchas veces a patología mamaria. En la mujer postmenopáusica con signos de osteoporosis, pérdida de colágeno, y muy frecuentemente disminución de la actividad física, la macromastia es causa de patología de columna por los mismos motivos gravitacionales referidos con anterioridad.

Comenté que la corrección de la macromastia es una gran cirugía, pues la reducción de volumen mamario puede llegar hasta el 50%. Esto supone una larga y meticulosa cirugía que evite pérdidas serohemáticas significativas, permita la viabilidad de los tejidos restantes con los que se reconstruye la nueva mama, y evite a medio y largo reabsorciones grasas que deformen y alteren el volumen y forma que hemos

conseguido. La reducción mamaria obtendrá grandes beneficios en la calidad de vida, pero ha de pagar el precio de la pérdida de la lactancia y de unas cicatrices inevitablemente visibles. Estas, son semejantes a la forma de un ancla o “T” invertida. Una cicatriz periareolar unida a otra vertical entre los cuadrantes inferiores y una extensa cicatriz en todo el surco submamario, desde la región esternal hasta la axila. Evitar una extensión excesiva hacia la región esternal es preceptivo para que no se produzcan cicatrices hipertróficas frecuentísimas en la línea media del cuerpo, como es el caso de esta región esternal y la línea alba del abdomen. Todos los tejidos extirpados creo deben ser sometidos a examen anatomopatológico, que nos indicará con gran aproximación la histología y anatomía patológica del tejido mamario preservado. Esto es muy importante porque los estudios de imagen después de la reducción mamaria, tienen escasa fiabilidad por las extensas cicatrices que se aprecian siempre en el tejido mamario residual.

Reconstrucción postmastectomía

Junto con la mamoplastia de aumento es la técnica que produce un mayor beneficio psíquico.

En este apartado debo señalar las controversias que existen hoy en día sobre el diagnóstico precoz en screening masivos de la población. Siendo una enfermedad con factores familiares de riesgo y con picos de frecuencia en los 55 y 70 años. Se considera que los estudios de detección en personas con edades por debajo de los picos de frecuencia y sin factores de riesgo, detectarían carcinomas in situ, no infiltrantes, que posiblemente no serían causa de enfermedad carcinomatosa, pero que una vez diagnosticados son tratados de forma más o menos radical y traumática, originándose una fractura vital por el diagnóstico de malignidad y una importante lesión del esquema corporal en un área muy significativa en mujer en edad fértil. Igualmente, los oncólogos tienen a su criterio la indicación de reconstrucción inmediata o diferida. Algunos opinan que la paciente debe verse sin la mama para sentirse libre de cáncer y valorar después mejor la reconstrucción.

No es mi criterio. Me baso en un criterio narrativo que mis pacientes me han refrendado. Realizada la biopsia diferida del área tumoral y determinado el carácter no invasivo de la tumoración, se debe informar a la paciente de la

necesidad de ampliar la extirpación con reconstrucción inmediata. La narrativa no es igual: “salir de quirófano sin mama y con cáncer”, que es lo que proponen muchos oncólogos, que por el contrario “salir con mama y sin cáncer”. Esto último se logra con una mastectomía simple de glándula y complejo areola pezón (AP) siendo conservador al máximo con la piel, seguido de la reconstrucción inmediata del volumen con un expansor del tipo Becker, que consisten en una prótesis de silicona que recubre a otra hinchable de suero, provista de una pequeña válvula que es dejada subcutánea en la axila y permite ir ganando volumen de forma progresiva hasta alcanzar el tamaño y forma deseados que, ya incluso, puede ser significativos desde el mismo quirófano en que se practica la mastectomía. Conseguidos los resultados deseados de volumen y en ausencia de enfermedad, se realizará la corrección de la simetría de ambas mamas y la reconstrucción del complejo AP extirpado, mediante injertos del pezón y de la areola contralateral sanos. Y finalmente la rehabilitación sensorial por asociación de las áreas corticales de proximidad de la mama reconstruida, con las áreas corticales de los tejidos mamaros extirpados, que a nivel cortical no están amputados y, que por estimulación de esos tejidos residuales consigue recuperar la memoria sensitiva del tejido extirpado, siempre favorecido por la integración de la nueva imagen como propia.

El tremendo daño que produce la mastectomía en el esquema e imagen corporal de estas mujeres jóvenes, es tan grave que repercute muchísimo en la vida íntima de la pareja. Muchos compañeros se alejan, afectados por la enfermedad detectada en la pareja, los tratamientos complementarios, el miedo a una posible evolución desfavorable de la enfermedad y más cruelmente por la deformidad estética que causa la ausencia de la mama y las cicatrices. Así mismo, la mujer rechaza su nuevo físico mutilado, rehusando las relaciones íntimas, con cambios en el carácter por estrés postraumático, aflorando además traumas anteriores, hasta hacerse su conducta insoportable para la pareja. Los que no se van, son expulsados de la relación por ellas mismas. De ello podemos añadir que el daño psicológico se ve aumentado por la destrucción de las relaciones íntimas y además de la misma relación de pareja. Cuando se realiza la reconstrucción diferida, por lo general pasado un año, la amputación mamaria está ya

integrada en el esquema corporal y el duelo por la pérdida de la feminidad es ya difícil de revertir, rechazando su cuerpo desnudo y negándose a mantener contacto físico con sus parejas, instalándose en una profunda negatividad hacia su cuerpo, su vida, y sobre los resultados de la futura reconstrucción, que dudan puedan ser estéticos y devolverle a la situación previa a la mastectomía.

El acompañamiento cercano, la comprensión de la fractura narcisista en estas mujeres, es difícil, por lo que no se debería diferir la reconstrucción, aun en casos de tumoraciones infiltrantes ya que el implante del expansor no afecta a los tratamientos complementarios radioterápicos ni quimioterápicos. Un buen resultado con el expansor de Becker impedirá la visión de la imagen mutilada y proporcionará a la paciente un mejor estado anímico y este mejorará la evolución de todo el proceso.

Llegado el verano, casi todos los cirujanos recomendamos a las pacientes que eviten el sol en las cicatrices, pero en algunos casos, las pacientes necesitan la prueba de fuego de saberse mujer entera y verdadera ante los demás en playas y piscinas.

Trastornos globales del esquema corporal

Obesidad

Durante la adolescencia ha aumentado la incidencia de obesidad por la ingesta abusiva de azúcares refinados (disacáridos) en refrescos y pastelería industrial, comida basura con muchas grasas saturadas, y manías alimentarias, monótonas, excluyentes de verduras, legumbres, frutas, y pescado, y de este en especial el azul, el más rico en ácidos grasos insaturados omega tres y seis. En los varones se ha mencionado arriba la incidencia de ginecomastia tributaria de cirugía estética. En las jóvenes si el desarrollo ha concluido pueden ser atendidas demandas sobre lipodistrofias localizadas, como es el caso de las cartucheras, esos acúmulos grasos localizados en caderas y región trocantérea, que tanto disgustan a las jóvenes. Su corrección se realiza mediante lipoescultura con muy buenos resultados al armonizar la silueta.

La obesidad generalizada deberá corregirse con una dieta equilibrada y ejercicio, desaconsejándose otros tratamientos como laxantes, diuréticos, o dietas de hambre que conducen siempre a pérdidas de peso que

necesariamente se recuperan pronto. La obesidad mórbida constituye uno de los grandes problemas de tratamiento por la medicina y en particular por la cirugía plástica. El tejido graso no se reproduce, pero si se hipertrofia, creando problemas médicos como la disminución de sensibilidad a la insulina con resultado de diabetes, dislipemias y cardiopatías que se pondrán de manifiesto a edades tempranas, favorecidas por el sedentarismo. Tras el advenimiento de las liposucciones y lipectomías, estos fueron los tratamientos de elección durante años para la extirpación quirúrgica de grandes depósitos grasos localizados, como los mandiles abdominales, de los que se pueden llegar a extirpar hasta más de diez kilos en una cirugía, produciendo un resultado inmediato tan favorable para la movilidad y el esquema corporal que empoderan la evolución psicoterápica y médica de estos pacientes, facilitando un mayor ejercicio físico y el mantenimiento de dietas equilibradas. Igualmente, reducciones mamarias de gigantomastias, con pesos extirpados de hasta tres kg, producen resultados similares, tan a corto plazo que podíamos considerarlos desde el punto de vista psíquicos como milagrosos. Completar las lipectomías con liposucciones amplias pero escalonadas, permitirán una reducción de peso progresiva que acompañada de la dieta y la actividad física remodelarán progresivamente la figura, empoderando aún más el tratamiento médico y psicoterápico. En los últimos años, la cirugía bariátrica se está extendiendo como la panacea, sin tener en cuenta que dichos tratamientos, como en el caso del by pass gastrointestinal, producen graves trastornos como diarrea crónica y malabsorción, que son la causa de desequilibrios hidroelectrolíticos por pérdidas masivas de potasio, que precisan controles casi diarios y la administración continua de este ion, imprescindible para la función correcta del corazón y del equilibrio de membrana en general, acompañado de sintomatología como dolores abdominales, dispepsia e incluso sangrado rectal. Técnicas aparentemente más sencillas como los balones intragástricos y las bandas gástricas, están siendo indicadas por equipos que buscan de forma no ética, el beneficio económico publicitándose en los medios como inocuas. Preceptivo es en estas obesidades la valoración psíquica previa a cualquier indicación, que muchas veces se omite o se

realiza como mero trámite legal después de realizada la técnica. He podido observar con frecuencia la implantación de balones o bandas en pacientes con bulimia, causando vómitos constantes e incoercibles, con trastornos hidroelectrolíticos también importantes. Las grandes pérdidas de peso en estos pacientes, obviados los trastornos médicos mencionados, producen un gran excedente cutáneo generalizado por el que consultan para su corrección estética por cirugía que deberá escalonarse priorizando según la demanda y criterio médico.

Mi pregunta ha sido: ¿Si la cirugía bariátrica termina con cirugía plástica, por qué no empezar por cirugía plástica? Como he expuesto antes.

Anorexia

La cirugía estética está indicada con carácter terapéutico en casos de anorexia con amenorreas primarias sin desarrollo mamario en que puede ser de gran utilidad, y cuando su psicoterapeuta lo considere indicado, la feminización de la figura mediante el implante de prótesis mamarias de pequeño tamaño, adecuado a la escasez de tejido graso y escaso desarrollo mamario por déficit hormonal, que empoderen el tratamiento psicoterápico antes de que la paciente sea adulto joven y la malnutrición haga estragos difíciles de revertir. Cualquier otra técnica que intente por medios quirúrgicos rehabilitar la figura no debe realizarse. Es el caso de piernas delgadas y poco contorneadas que con frecuencia causan complejos evitando su exposición. No existe aquí el milagro y se debe convencer a las pacientes de que la dieta correcta, el ejercicio físico, y la recuperación de la homeostasis hormonal, son los medios seguros y fisiológicos para feminizar su cuerpo. Las ofertas del mercado de la cirugía estética, como los implantes de prótesis para nalgas y pantorrillas, están causando además de formas exageradas antiestéticas, complicaciones por sus desplazamientos, cuadros de dolor, atrofias de la piel y la musculatura, infecciones, y hasta necrosis tisulares. Problemas que obligan a su extracción con resultado posterior muy antiestético y de muy difícil solución. No todas las nalgas exuberantes que contemplamos en los carnavales de Rio son naturales.

Vigorexia

Trastorno más frecuente en el varón y que cursa con la obsesión por un cuerpo muy musculado y

que para conseguirlo se someten a largas horas de ejercicio muscular en los gimnasios. Como en cierta medida se puede considerar una alteración del esquema corporal global obsesiva, estos sujetos no suelen encontrar el límite deseado en el desarrollo de sus músculos y pueden recurrir a procedimientos perjudiciales para la salud como el uso de anabolizantes y hormonas. Puede llegar la obsesión a crear una auténtica dependencia como una adicción al ejercicio físico. Para este mercado de pacientes además de las prótesis de pantorrillas y glúteos, arriba mencionadas, se ofertan también prótesis de pectorales, bíceps, tríceps, deltoides, cuádriceps, isquiotibiales, y cualquier otra indicación que soliciten, ofertándolos como inocuos, seguros y cómodos. Nada más lejos de la realidad pues al ser implantados dentro del músculo terminan por causar complicaciones al reanudar el ejercicio físico intenso habitual.

Envejecimiento

Un gran campo ha nacido desde hace pocos años como complemento a los tratamientos quirúrgicos del envejecimiento. Menos agresivos y con beneficios médicos generales, los tratamientos antiaging están siendo la revolución médica del siglo XXI. Converse (1977) nos recuerda que la vejez era considerada en la antigüedad como sinónimo de sabiduría, y esa actitud persiste en muchos países no industrializados hasta nuestros días. Pero en nuestras sociedades los signos del avance de la edad son denostados social y laboralmente.

Rees (1980) llegaría a afirmar que un trabajo perdido antes de los 45 años, sería el último trabajo. La belleza ha de ser joven y nadie quiere envejecer y dejar de ser bello. Imposible, pero se intenta por todos los medios que el ser humano tiene a su alcance.

Los primeros intentos quirúrgicos de rejuvenecimiento facial se centran en eliminar la piel y grasa sobrantes de los párpados que confieren cansancio y tristeza a la mirada. Converse (1977) cita a Miller y Rogers en América, y a Bourguet en París como los pioneros en las blefaroplastias estéticas anti-envejecimiento y a Lexer, Joseph, Hunt, y Noël como los primeros en describir las incisiones y técnica del conocido como "lifting" (estiramiento- elevación) facial, siendo este último el que con más énfasis destacó los aspectos psicológicos de la cirugía cosmética.

Aspectos psicológicos que han prevalecido en la indicación de estos tratamientos y así han sido aceptados por la profesión médica por largo tiempo. Converse y Rees denuncian, como hice más arriba, la proliferación de cirujanos sin escrúpulos y sin cualificación que han desprestigiado las técnicas quirúrgicas cosméticas, publicitándose en los medios de comunicación con tratamientos tan descabellados como las infiltraciones subcutáneas de parafinas inorgánicas con innumerables complicaciones y el desarrollo de parafinomas (tumores inflamatorios de rechazo al implante).

En el varón, la blefaroplastia, es la cirugía más demandada y practicada, por sus benéficos resultados a nivel psicológico y social, pues cambia significativamente la expresión de la facies, rejuveneciéndola y sobre todo proporcionando un aspecto descansado y despierto, sin cambios importantes en la identidad de la persona. Como en toda cirugía el exceso de resección en esta área conducirá a graves problemas como la eversión del párpado inferior con ectropión, lagoftalmos y epífora, exposición de la córnea durante el sueño con ulceración, y finalmente a nivel estético un ojo cadavérico hundido cuando la resección de la grasa orbitaria fue excesiva.

Los resultados en el varón de estiramientos faciales suelen producir cambios excesivos en la cara que socialmente no son aceptados igual que en la mujer. Es el caso de conocidos personajes públicos del mundo del espectáculo y la política. En la mujer estos tratamientos obtienen agradables resultados si el momento en el que se practican es previo al advenimiento de la menopausia. En la menopausia se produce un significativo envejecimiento tisular por privación hormonal. En estos casos los tejidos cutáneos sufren una importante pérdida de colágeno y paralela disminución de la vascularización que no mejoran con la ingesta de colágeno. Del mismo modo ocurre a nivel óseo, no mejorando con la administración oral de calcio. En mi práctica he evidenciado que la única vía para retrasar este cataclismo fisiológico de la mujer es la continuación de la vida hormonal mediante la administración de tratamiento hormonal sustitutorio, como los anobulatorios, que mantendrán niveles hormonales adecuados que junto al ejercicio y una dieta equilibrada retrasarán la pérdida masiva de colágeno,

elemento estructural de todos los tejidos de sostén y al mismo tiempo soporte de una vascularización adecuada. Esta prolongación en la vida hormonal solo es aconsejable si no existen antecedentes familiares de cáncer ginecológico y/o mamario, y los estudios preceptivos descartan cualquier riesgo oncológico. Estos controles deberán practicarse de forma regular y periódica pues la prolongación de la vida hormonal conlleva siempre el riesgo de un posible aumento de tumores hormonodependientes.

Los estiramientos faciales en personas con privación hormonal de larga evolución conllevan el riesgo de una desvitalización aun mayor de los tejidos al despegar y devascularizar quirúrgicamente tejidos ya muy envejecidos. En estos casos los resultados son poco duraderos y la repetición de las técnicas agrava aún más la desvitalización tisular.

Hoy observamos pacientes que para evitar los pliegues de expresión y las arrugas del envejecimiento han optado por los rellenos de productos biocompatibles y por tanto reabsorbibles, que distienden y aumentan el volumen de los tejidos, proporcionando un aspecto más juvenil, pero que algunas veces puede llegar a producir un aspecto grotesco por exceso de relleno. Los productos empleados, ahora siempre reabsorbibles, crean una dependencia al disminuir de volumen, con la reaparición de arrugas que puede ser incluso mayor que antes del primer tratamiento, por lo que estos pacientes repiten y repiten las infiltraciones llegando a situaciones casi ridículas.

El envejecimiento es la causa del crecimiento de los lóbulos auriculares y de la punta nasal, signos inequívocos de edad avanzada, que pueden corregirse quirúrgicamente de forma sencilla y sin complicaciones.

Un gran avance en el tratamiento del envejecimiento cutáneo lo constituyen las abrasiones con láser CO2 o "Resurfacing" que eliminan las capas superficiales de la piel y con ellas las arrugas y pliegues de expresión superficiales, produciendo al mismo tiempo una reacción inflamatoria de la dermis que mejora el riego sanguíneo y consigue un efecto tensado. Este avance tecnológico ha venido a reemplazar las dermoabrasiones químicas o peeling, con fenol, ácido salicílico, y otros cáusticos, de difícil control en su administración y que con frecuencia producían quemaduras químicas.

Para la corrección de los pliegues de expresión se ha extendido ampliamente el uso de la Toxina Botulínica, “Botox” con buenos resultados si su aplicación no es extensa pues produce facies inexpresivas. Precisa la repetición de las infiltraciones cada tres a seis meses, al no persistir más tiempo su efecto.

La involución física con disminución de la masa muscular, en pacientes no obesos, o en estos tras grandes pérdidas de peso, produce una laxitud cutánea con formación de pliegues flácidos en brazos, muslos, nalgas, y bajo vientre que son causa de demanda de tratamiento quirúrgico que los procedimientos cosméticos con cremas reafirmante no han conseguido mejorar. La cirugía los elimina a cambio de cicatrices lineales en la cara interna de brazos y muslos, en el pliegue subglúteo, y en el bajo vientre.

En el varón vuelve a aparecer por déficit hormonal la ginecomastia con desarrollo de glándula que debe ser estudiada y vigilada si existen antecedentes de cáncer mamario en la familia, pues el cáncer de mama también se presenta en los varones. En estos casos es muy frecuente que consulten por la repercusión psíquica de la ginecomastia sin ser conscientes de padecer la enfermedad carcinomatosa.

Ya he mencionado más arriba que los tratamientos antiaging intentan un rejuvenecimiento fisiológico más natural, menos agresivo y por tanto el complemento ideal de tratamientos cosméticos y quirúrgicos más específicos y localizados a problemas concretos.

Estos tratamientos basados en analizar el estado de salud y las posibles causas tanto médicas como dietéticas y de régimen de vida, conducirán a tratamientos individualizados que correctamente indicados, producirán importantes mejorías en calidad de vida y aspecto, pero pueden resultar muy costosos cuando son científicamente rigurosos. La aparente inoquidad de estos procedimientos ha sido la causa de que profesionales no cualificados que antes invadían de forma temeraria el ámbito quirúrgico, ahora se dediquen de forma casi fraudulenta a indicar tratamientos antiaging no individualizados y que, aunque no produzcan complicaciones, pueden estar algunas veces en el límite de la estafa.

Manchas y tumores cutáneos

A excepción del melasma gravídico o paño, son la expresión inequívoca de envejecimiento.

Queratosis actínicas y seborreicas, epitelomas, y poros negros por retención comedónica de larga evolución, eran llamados en la antigüedad “La mugre de los viejos”. Término ya de por sí despectivo y vejatorio que explica la demanda de tratamiento.

El mencionado melasma es una de las manchas más difíciles de tratar por su componente genético racial, hormonal, y por su recidiva siempre con la exposición solar. Avances técnicos como el láser de Alejandrita, cuyo cromóforo es la melanina, producen gran mejoría transitoria, al igual que los modernos peelings específicos, pero en ambos casos la recidiva es la regla y es la causa de que estas mujeres las veamos siempre protegidas del sol con viseras, gorros, y capas gruesas de protector solar.

Las queratosis eran tratadas mediante afeitado y electrocoagulación, que en el tronco puede ser aceptable su resultado, pero que en la cara pueden dejar cicatrices antiestéticas. En esta localización el láser de CO2 los vaporiza sin apenas producir calor en tejidos profundos dérmicos y su resultado estético es muy bueno con una curación rápida que nada tiene que ver con la evolución de las quemaduras por bisturí eléctrico.

Capítulo aparte lo constituyen los tumores cutáneos. Tres grandes grupos, con muy diferente evolución, se pueden establecer: Epiteliomas basocelulares, espinocelulares o carcinomas epidermoides, y melanomas.

Los epiteliomas basocelulares tienen malignidad local, destruyendo la estructura donde aparecen, con crecimiento plano cicatricial, por lo que muchas personas no les dan importancia y los dejan crecer hasta estadios en los que luego su extirpación no puede ofrecer resultados estéticos, por este motivo han de diagnosticarse en fases precoces en las que su tratamiento curativo es además estético. No dan metástasis, pero si alcanzan orificios naturales se extienden por el interior del macizo facial destruyendo todas las estructuras que invaden. Pueden llegar desde los márgenes de los orificios nasales, vías lagrimales o conducto auditivo a afectar base de cráneo con meningitis carcinomatosas. Una vez dentro es mejor dejarlos evolucionar pues suelen cursar asintomáticos y es muy difícil determinar su localización y las cirugías son tan mutilantes que he visto pacientes sin cara y en los que además persistía la enfermedad.

El carcinoma epidermoide es un tumor de origen solar por exposición crónica y en general por procesos crónicos irritativos, cáncer de usura que decían los clásicos, como el cáncer de labio en fumadores o en procesos odontológicos crónicos por abandono de cuidado. Requiere una extirpación más amplia y también control de adenopatías, que es el primer escalón de su extensión antes de las metástasis por vía hemática. Si el tratamiento es precoz, o incluso en sus manifestaciones precancerosas como las displasias queratinocíticas y carcinomas in situ, el resultado estético de su extirpación es muy aceptable. No se deben dejar a su evolución porque el paciente sea anciano pues frecuentemente su evolución se hace agresiva y los tratamientos son de envergadura para esas edades.

El melanoma es el tumor maligno de la piel que más mortalidad causa. Se relaciona con pieles blancas, fototipos I y II, y con la mayor incidencia de quemaduras solares agudas. Su diagnóstico y tratamiento ha de ser muy precoz pues en cuanto invaden la dermis su diseminación hemática es la regla con aparición de metástasis a distancia. Hoy se sabe que el estado inmunitario del paciente condiciona la evolución más que los tratamientos médicos. Por esta razón se han abandonado las exéresis amplísimas de antaño, incluso con amputaciones y grandes deformidades que repercutían tanto psíquicamente que la evolución era siempre mortal. En la actualidad la extirpación con reconstrucción funcional y estética evita el recuerdo constante de la enfermedad. Se ha llegado a afirmar que el paciente que hace del melanoma su vida, la pierde, mientras que el que hace su vida sin acordarse del melanoma, la salva.

Alopecia androgénica

Los tratamientos de trasplante capilar han evolucionado mucho desde los inicios mediante colgajos de cuero cabelludo para la reconstrucción de la línea del implante anterior del pelo, y los injertos de grupos de pelo que ofrecían aspecto de cabeza de muñeca, a los tratamientos mucho más meticulosos del trasplante pelo a pelo.

En los casos de alopecia androgénica incipiente los resultados pueden ser muy aceptables, pero en la medida en la que avanza ésta, la escasez de zonas donantes de pelo hace que los tratamientos vayan perdiendo calidad dejando áreas imposibles de cubrir y cicatrices en las zonas donantes que llegan a ser visibles.

El gran beneficio de estos tratamientos es la regeneración del cuero cabelludo, por aumento de vascularización demandada por los folículos implantados. Este aumento del riego garantiza no solo la viabilidad de los folículos trasplantados, sino además una mejora notoria del grosor y calidad del cuero cabelludo receptor de estos folículos trasplantados. Es de todos conocido que los folículos pilosos de áreas no afectadas genéticamente por la alopecia androgénica perduran en las zonas trasplantadas manteniendo la regeneración ya mencionada del cuero cabelludo.

A nivel psicológico es notoria la dependencia que estos tratamientos generan en el paciente y, como ya he mencionado antes, llevados al extremo de alopecias importantes los resultados no son satisfactorios y socialmente visibles. Desde este aspecto psicológico habría que considerar como conducta adaptativa la aceptación y duelo por la pérdida de pelo, que además es reconocida socialmente cómo muestra de virilidad, siendo este el caso de numerosos actores y personajes de la vida pública, como en el caso del deporte, en el que la barba y el cuero cabelludo rasurado son un look varonil muy en moda.

Deformidad abdominal

Este apartado de la patología de la forma es causa de demanda de tratamiento quirúrgico estético casi exclusivamente en el género femenino. Los dos tipos más frecuentes de deformidad abdominal serán el postgravídico en mujeres jóvenes y de mediana edad, y el vientre atónico de la mujer madura.

Deformidad postgravídica

El embarazo produce la distensión de toda la pared abdominal con dehiscencia de la musculatura a nivel de línea media, y gran laxitud dermograsa. Estas alteraciones si no se recuperan en los primeros meses con fajas, ejercicio, y cremas reafirmantes, perdurarán afectando notoriamente el esquema corporal. La indicación de corrección quirúrgica estética debe realizarse cuando la mujer ha colmado su anhelo de maternidad, y no se prevén, y mejor aún se ponen los medios definitivos como la ligadura de trompas para evitar nuevos embarazos. Es frecuente que se puedan combinar en un solo acto quirúrgico la ligadura y la abdominoplastia.

La abdominoplastia, aunque es una gran cirugía, realizada meticulosamente, no conlleva riesgos importantes para la salud. Permite la corrección de la separación de los músculos abdominales en la línea media, corrigiendo así pequeñas eventraciones, mejorando la funcionalidad y consiguiendo una corrección de la cintura y el bajo vientre, que quedará como una tabla. Realizada la corrección muscular se realiza la extirpación de todo el excedente de grasa estirándolo hacia abajo con trasposición hacia arriba del ombligo, al que se aprovecha para dar forma que siempre se ve alterada por el embarazo. Esta técnica tan agradecida en las deformidades postgravídicas ha de asumir el costo de una cicatriz extensa, pero que bien realizada es estética, que desde las crestas ilíacas desciende por el pliegue inguinal hasta la línea media por encima del monte de Venus, quedando normalmente tapada por bañadores, incluso la braguita del bikini.

Vientre atónico

El vientre atónico de la mujer madura, nulípara o no, es un trastorno funcional por una forma de vida sedentaria y dietas inapropiadas. Es frecuente la asociación de trastornos intestinales con frecuente meteorismo que asociado a la atonía difusa de la musculatura abdominal son la causa fundamental de la distensión. En principio no es susceptible de tratamiento quirúrgico y sí dietético y fisioterápico. La reducción de grandes meteorismos, la normalización del ritmo intestinal y el ejercicio físico que tonifique la pared muscular, producirán un cambio muy notorio en el aspecto de estos vientres abombados. Incumplir estas pautas y realizar cirugía con meteorismos graves, hará casi imposible la corrección de la pared abdominal distendida, pues puede resultar el meteorismo irreductible quirúrgicamente y ser causa de graves complicaciones como la perforación de víscera hueca (perforación de intestino delgado o grueso) y consiguiente peritonitis que confundirá su sintomatología con el postoperatorio de la abdominoplastia, con una evolución tórpida muy peligrosa.

Ninfoplastias y Postectomía

Ninfoplastia

La ninfoplastia o corrección de los labios menores es la demanda más frecuente de cirugía plástica ginecológica, por asimetría muy

manifiesta o por desarrollo excesivo de estos labios que sobresalen marcadamente de la vulva. La corrección es sencilla y si se realiza la extirpación con láser de CO2 puede no necesitar ni suturas, muy incómodas en el área genital dado que las semimucosas toleran mal las suturas por la humedad, y edema postquirúrgico, que encarnan los puntos sueltos produciendo heridas y finalmente se ocasionan dehiscencias, por lo que se puede realizar como alternativa una sutura continua no anudada que se retirará a las primeras muestras de intolerancia. La demanda se origina, con más frecuencia, tras el inicio de las relaciones sexuales, por lo que la solicitan jóvenes desde la adolescencia a la primera madurez. Menos frecuentes y en edades más avanzadas se realizan correcciones estéticas de labios mayores y periné por deformidades postgravídicas y secuelas del parto. Liposucción de la grasa del pubis, liftin de labios mayores, y corrección de secuelas cicatriciales del parto.

Postectomía

La postectomía o circuncisión es muy solicitada a los cirujanos plásticos por prepucios redundantes, fimosis no operadas en la primera infancia, y por secuelas de esta cirugía practicada por urólogos.

Siendo una cirugía sencilla se practica mal, incluso por médicos generalistas o por personal no médico, con resultados funcionales y estéticos decepcionantes. Practicada en la infancia si no se acompaña de medidas higiénicas que acostumbren al niño a descubrir el glande para su aseo frecuente, producirán la recidiva de la estenosis prepucial, conocida como fimosis, obligando a la reintervención cuando se desarrolla el pene en la pubertad. La actividad sexual con estenosis prepucial produce una frecuente complicación, motivo de urgencia quirúrgica, conocida como parafimosis que consiste en la imposibilidad de volver a cubrir el glande una vez que el prepucio estenótico ha descubierto la corona del glande, de mayor diámetro, al que estrangula, produciendo un edema doloroso, que hace aún más difícil la vuelta a la posición inicial de glande cubierto. Las semimucosas cicatrizan mal por edema postquirúrgico, humedad, gérmenes habituales, y en el caso del pene por sus considerables cambios de volumen. En la adolescencia y adultos jóvenes la erección es causa de dehiscencia de suturas que se acompaña de dolor

y a veces de sangrados, por lo que se indica el evitar cualquier estímulo sexual y la micción a media noche para evitar la erección matutina, también conocida como "tumescencia peneana nocturna", pues se considera que su causa radica en la repleción de la vejiga y la compresión que esta realiza sobre vesículas seminales y próstata, aunque pueda esta situación acompañarse de ensoñaciones eróticas y sea también expresión de un buen estado de salud general. Por estos motivos son frecuentes resultados antiestéticos que precisarán correcciones posteriores, pero también resultados no funcionales como defectos de resección que reproducen la estenosis o al contrario excesos de resección de la piel del prepucio y hasta del pene con dificultades para la erección que obligan a realizar plastias por tunelación en el escroto.

Ginecología estética

Las malformaciones congénitas de los genitales son complicadas de reparar y han obligado a la creación de una subespecialidad, "La cirugía Plástica urológica y ginecológica" que durante años fue asignatura del doctorado, siendo profesor el Dr. Ulrich Hinderer Meise. Entre las malformaciones más frecuentes se encuentra el Hipospadias que consiste en una uretra más corta con desembocadura por debajo del glande en la cara ventral del pene en distinto grado, con incurvación ventral del pene, mayor cuanto más lo es el acortamiento uretral, considerándose como una forma menor de intersexo. Su corrección quirúrgica, para conseguir que la uretra desemboque en el glande, mediante plastias e injertos produce complicaciones frecuentes, como la aparición de fístulas urinarias durante la micción, que precisan reintervención. Siempre es bueno tener un maestro que nos apoye y no estar solo cuando

existen complicaciones, aplicando todos los medios para su resolución y dar un apego seguro al paciente que las sufre.

Conclusión

Creo haber podido reflejar en esta exposición el carácter psicoterapéutico de la cirugía plástica y sus similitudes con la psicoterapia breve, ilustrado con un recorrido por las indicaciones y motivaciones más frecuentes en mi práctica personal. Dicho carácter psicoterapéutico fue desde el inicio de la especialidad su fundamento, desarrollándose ésta con gran erudición en sus aspectos técnicos, éticos, y psíquicos, en los que me formé y no he abandonado en toda de mi carrera pese a la deriva mercantilista de la profesión.

Siempre me he pronunciado públicamente sobre el riesgo que la banalización y comercialización de la cirugía estética conllevaba, por su repercusión legal al ser equiparada la cirugía electiva al "contrato de obra" y éste definido por "el resultado" y la "aplicación de medios" según el estado del conocimiento y la ciencia en la especialidad. No conviene estar solo ante una complicación y es bueno recabar "la segunda opinión" de tu maestro, tu igual, o tu discípulo, pues corregida la complicación, por todos los medios, la responsabilidad cesa, que según el Código Civil Español se extiende durante quince años, y este es el tiempo que debemos mantener el archivo de historias clínicas. Sorprendentemente muchos profesionales no son capaces de entender que los defectos en el resultado no son solo un problema del paciente, sino también suyos, y por tanto tiene el deber de atenderlos con cariño y acompañamiento hasta la resolución del problema. No se hace así, y abundan las demandas judiciales y se dice que a la puerta de la consulta del cirujano plástico siempre espera un abogado.

Referencias bibliográficas

- Arquero, P. (2009). Solo ante el peligro. Cirugía estética y plastica (10). Madrid, España: AECEP
- Coiffman, F. (1986). Evolución del concepto de belleza. En Texto de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética (Tomo I). Barcelona, España: Salvat.
- Converse, J. (1977). Reconstructive Plastic Surgery (Vol. 1). Philadelphia. London. Toronto: Saunders.
- Durán, H. (1983). Introducción al estudio de la cirugía: evolución histórica. En tratado de patología y técnicas quirúrgicas (Vol. 1). Madrid, España: Interamericana.

- Goldwyn, R. (1981). Cirugía plástica y de reconstrucción de la mama. Mallorca. Barcelona, España: Salvat.
- Gómez, R. (2007). ¿Qué estamos haciendo aquí doctor? Cirugía Estética Plástica(6). Madrid, España: AECEP
- Juri, J. (1986). Concepto de Belleza. En Texto de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética (Tomo I). Barcelona, España: Salvat.
- Martínez-Pereda, JM. (1997). La Cirugía Estética y su Responsabilidad. Granada, España: Comares.
- Quetglas, J. (Ed.). (1999). Cirugía Plástica. Tres etapas de su evolución. Madrid, España: Almudena.
- Rees, T. D. (1980). A Esthetic Plastic Surgery. Philadelphia, London, Toronto: W.B SAunders.
- Rees, T., y Wood-Smith, D. (1973). Cosmetic Facial Surgery. Philadelphia. London. Toronto: Saunders.
- Rodríguez, R. M. (2008). La relación médico-paciente en la medicina satisfactiva. Cirugía Estética Plástica (7). Madrid, España: AECEP
- Rodríguez, R. M. (2009). Responsabilidad, ¿Hasta cuando? Cirugía Estética Plástica. Madrid, España: AECEP