

**Nicolò Scuderi    Bryant A. Toth**



# **Trattato Internazionale *di* Chirurgia Estetica**



**1**

**Verduci Editore**

# Mastoplastica additiva

A. GRISOTTI, M. CALLEGARI, D. DE FAZIO

## INTRODUZIONE

L'ipomastia può essere determinata dall'involutione del tessuto ghiandolare e adiposo della mammella dopo la gravidanza o a seguito di una riduzione ponderale o può semplicemente derivare da un difetto congenito. In quest'ultimo caso la riduzione volumetrica è già presente nella fase precoce della vita della donna, tra i 16 e i 18 anni.

Un volume non adeguato del seno può interferire negativamente con l'immagine corporea della donna e con le sue relazioni sociali e sessuali.

Di recente in tutto il mondo è cresciuta l'importanza sia dell'immagine corporea che dell'aspetto estetico individuale. La richiesta di aumento volumetrico del seno è divenuta esponenziale, al punto che negli Stati Uniti la mastoplastica additiva è diventata il secondo intervento estetico in ordine di frequenza dopo la liposuzione ed è uno dei più praticati in Europa.

L'inadeguatezza del volume del seno può essere percepita dalle pazienti in modi assai diversi, a seconda del retroterra culturale, del comportamento sessuale e della conformazione fisica: ne derivano richieste di variazioni volumetriche tra loro assai differenti.

Ad esempio, il peso medio delle protesi che si impiantano in Italia è di 250 grammi, mentre negli Stati Uniti può arrivare a 350. Sono ovviamente da tenere in considerazione sia il peso che la struttura fisica della donna. In una persona minuta di 50 chili una protesi da 250 grammi può garantire un aumento significativo, mentre in una paziente in sovrappeso di 70 chili l'aumento fornito da un impianto identico determinerebbe una modifica del tutto inadeguata.

## STORIA

I chirurghi si dedicano all'aumento volumetrico del seno da oltre un secolo.

Le tecniche per incrementare il volume mammario sono state diverse nell'arco degli anni; possono essere divise nel modo seguente:

- Tecniche iniettive
- Tessuto autologo
- Impianti protesici

### Tecniche iniettive

Nei primi anni del 1900 iniziarono a comparire in letteratura descrizioni di iniezioni intra mammarie di olio di paraffina, con le relative complicazioni. Analoghe descrizioni si ritrovano fino agli anni '50 e '60.

Le gravissime complicazioni secondarie all'uso della paraffina – indurimento delle mammelle con flogosi cronica – potevano essere risolte solo con la mastectomia totale.

Tra gli anni '50 e '60 si è diffusa la novità dell'olio di silicone, considerato allora materiale inerte, sempre da utilizzare per iniezioni intra mammarie. In realtà il silicone presenta inconvenienti analoghi alla paraffina, seppure in modo meno acuto e provoca indurimento della ghiandola, granulomi e calcificazioni massive.

La maggior parte di queste procedure veniva realizzata da medici non specializzati, che utilizzavano non solo olio di silicone per uso clinico, ma anche prodotti dell'industria non adeguatamente sterilizzati e contenenti additivi e impurità. Anche in queste pazienti l'unico modo per risolvere l'infiltrazione ed eliminare il silicone era in realtà rappresentato dalla mastectomia.

Più di recente, per un certo periodo – e in particolare nell'Europa dell'Est – sono stati utilizzati per la mastoplastica additiva sostanze iniettabili non riassorbibili (acrilati), gli stessi che vengono introdotti nello spazio sottocutaneo per il trattamento delle rughe; questa pratica è stata abbandonata per la comparsa di gravi complicazioni quali grossi granulomi, indurimento del parenchima, deformazione del seno e fistole con secrezione persistente.