



Le cicatrici della mastoplastica additiva

Ingrandire il seno con delle protesi mammarie prevede l'effettuazione di incisioni chirurgiche che, per quanto modeste, lasciano delle piccole cicatrici permanenti. La lunghezza di queste incisioni è praticamente sempre

compresa tra 3 e 5 centimetri, ma la loro sede può variare molto, in base alle necessità tecniche, ai desideri della paziente ed anche alle preferenze del chirurgo.

Tipi di incisione

Le incisioni per la **mastoplastica additiva** possono essere collocate nel solco sottomammario, al bordo dell'areola (incisione periareolare), all'interno dell'areola (incisione transareolare), nel cavo ascellare o all'interno dell'ombelico. Ciascuna incisione presenta vantaggi e svantaggi specifici, e non esiste una singola via di accesso che possa essere impiegata per tutte le pazienti.

Incisione sottomammaria

Utilizzata sin dal 1964, l'**incisione sottomammaria** è la più classica tra le possibili alternative: è anche la più conosciuta, e forse per questo motivo molte donne sono portate istintivamente ad escluderla. Tuttavia, l'incisione sottomammaria consente una visualizzazione completa dei piani sottoghiandolari e sottomuscolari, un posizionamento accurato delle protesi anatomiche ed è probabilmente l'unica impiegabile se si programma un impianto "dual plane". E' anche la via di accesso preferita nella maggior parte dei casi di revisione di una precedente mastoplastica additiva. Può essere utilizzata sia per la mastoplastica additiva sottoghiandolare che per la mastoplastica sottomuscolare.

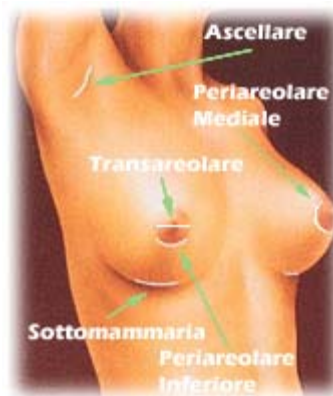


Figura 1: Le principali incisioni nella mastoplastica additiva

Incisione periareolare

Descritta nel 1972, l' **incisione periareolare** viene collocata al bordo della metà inferiore dell' areola (periareolare classica) oppure al bordo della metà interna (periareolare mediale); più rara è la versione periareolare superiore, posta al bordo della metà superiore dell' areola. I suoi vantaggi risiedono nella facilità di allestimento della tasca per la protesi, nella possibilità di abbassare il livello del solco sottomammario secondo necessità, nell' ottimo controllo dell' emostasi e, in misura minore, nel fatto che la cicatrice finale è ben camuffata nel punto di passaggio tra areola e pelle più chiara. Gli svantaggi consistono nella limitata lunghezza dell' incisione ottenibile in donne con areole piccole (meno di 3 cm. di diametro), nella potenziale interferenza con la sensibilità del capezzolo, nella interruzione dei dotti galattofori e/o nella dissezione all' interno della ghiandola mammaria con conseguente rischio di contaminazione batterica della protesi (a cui fa seguito un maggior rischio di contrattura capsulare). Proposta inizialmente come via per impianti esclusivamente sottoghiandolari, dal 1981 ne è stato descritto l' utilizzo anche per l' ingrandimento sottomuscolare.

Incisione transareolare

Descritta da Pitanguy nel 1978, è una semplice incisione orizzontale che attraversa completamente l' areola, dividendo il capezzolo. Produce una cicatrice meno visibile rispetto alla variante periareolare, ma è poco impiegata per la ridotta lunghezza dell' incisione ottenibile e per i potenziali problemi legati alla divisione del capezzolo e dei dotti galattofori. Nel 1990 ne è stata proposta una variante a "tripla V" che, pur eliminando parte di questi problemi, non ha trovato ampia diffusione.

Incisione ascellare

Ben nascosta nel cavo ascellare, lontano dal seno, questa incisione proposta per la prima volta nel 1973 è da allora ai primi posti nelle preferenze delle pazienti, nonostante una serie di limitazioni che la rendono consigliabile solo in casi piuttosto selezionati. La **mastoplastica per via ascellare** prevede normalmente il posizionamento della protesi in posizione sottomuscolare, ed espone la paziente ad un rischio leggermente aumentato di ematomi o posizionamento errato delle protesi, in conseguenza della limitata visibilità nell' allestimento della tasca per l' impianto. L' utilizzo di tecniche endoscopiche ne ha grandemente aumentato l' affidabilità, anche se resta sconsigliato l' impiego di protesi anatomiche, non posizionabili correttamente con questa tecnica. La mastoplastica per via ascellare è invece la prima scelta per donne con seno piccolo e solco sottomammario non ben definito. Nel caso si renda necessaria la revisione di una mastoplastica additiva eseguita per via

ascellare bisognerà impiegare una via di accesso diversa, aggiungendo quindi una nuova cicatrice.

Incisione periombelicale

La cosiddetta TUBA (**TransUmbilical Breast Augmentation**) è stata descritta recentemente, nel 1993, ed è ancora molto discussa e poco utilizzata nonostante alcuni potenziali ed interessanti vantaggi. La tecnica prevede l' inserimento di protesi gonfiabili in soluzione salina attraverso una piccola incisione posta all' interno dell' ombelico, assolutamente non visibile. Viene utilizzata principalmente per l' ingrandimento sottomuscolare, anche se non mancano descrizioni di impianti sottoghiandolari. Poichè l' incisione è molto distante dal seno, il rischio di danneggiamento della protesi durante l' inserimento è tale che le maggiori case produttrici non forniscono alcuna garanzia di durata se è stata utilizzata questa via di accesso. Nel caso sia necessaria la revisione di una mastoplastica additiva effettuata per questa via, infine, bisognerà sempre utilizzare una diversa incisione, aggiungendo una nuova cicatrice.

Riferimenti bibliografici

Cronin TD, Gerow FJ *Augmentation mammoplasty: A new "natural feel" prosthesis*. In: Transactions of the Third International Congress of Plastic and Reconstructive Surgery. Amsterdam, Excerpta Medica, 1964

Jenny H *The areolar approach to augmentation mammoplasty*. Int J Aesthetic Plast Surg 1972-F, 1972

Pitanguy I *Transareolar incision for augmentation mammoplasty*. Plast Reconstr Surg 51:641, 1973

Hoehler H *Breast Augmentation: The axillary approach*. Br J Plast Surg 26:373, 1973

Johnson GW, Christ JE *The endoscopic breast augmentation: the transumbilical insertion of saline-filled breast implants*. Plast Reconstr Surg 92:801, 1993