

Influencias de las intervenciones de cirugía estética en la mama para la instauración de la lactancia materna

Cristina María Viedma Ruiz¹, África Moreno García¹, Inmaculada Mora Ramos²

¹ Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital de La Línea de la Concepción.

² Graduada en Enfermería. Hospital de La Línea de la Concepción.

Fecha de recepción: 14/06/2019. Fecha de aceptación: 20/06/2020. Fecha de publicación: 31/07/2020.

Cómo citar este artículo: Viedma Ruiz, C.M., Moreno García, Á., Mora Ramos, I., Influencias de las intervenciones de cirugía estética en la mama para la instauración de la lactancia materna. Conocimiento Enfermero 9 (2020): 13-20.

RESUMEN

Objetivo. Analizar el impacto de la cirugía estética mamaria en la lactancia materna.

Metodología. Bases de datos de Pubmed, Cochrane, y Google académico y páginas webs (e-lactancia, Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética y Sociedad Española de Cirugía Plástica Reparadora y Estética).

Discusión y resultados. *Mamoplastia de aumento:* El riesgo en la sensación del pezón o la piel y los problemas de lactancia son bajos y brindan datos de seguridad y efectividad a largo plazo. Existe más riesgo de dolor, de lactancia insuficiente y un uso más frecuente de galactogogos orales en mujeres con implantes retro-glandulares y con implantes de mayor tamaño. En el abordaje areolar hay más probabilidades de dañar alguna terminación nerviosa de la mama y los conductos galactóforos, afectando a la sensibilidad de la mama e inhibiendo la producción de leche. *Mamoplastia de reducción:* La cirugía de reducción mamaria conservando el pedículo es la que más garantías tiene de preservar en gran parte la inervación y por tanto la sensibilidad del pezón, así como la integridad de los conductos galactóforos.

Conclusiones. La información es difusa y heterogénea con respecto al impacto de las cirugías mamarias en la lactancia materna. El riesgo de cambios en la sensación del pezón y los problemas de lactancia son bajos en la mamoplastia de aumento, aunque existen estudios que demuestran que la tasa de incidencia de lactancia materna exclusiva es menor. Existe mayor riesgo de dolor y lactancia insuficiente con implantes retroglandulares, con implantes de mayor tamaño y mediante abordaje areolar que inframamario. La cirugía de reducción es la que más impacto negativo tiene en la lactancia materna.

Palabras clave: lactancia materna; implantes mamarios; cirugía plástica y mama.

The influence of plastic surgery interventions in the breast for the breastfeeding establishment

ABSTRACT

Objective. To analyze the cosmetic surgery impact on the breast in breastfeeding.

Discussion and results. *Augmentation mammoplasty:* Some studies evaluating the safety and efficacy of devices implanted through inframammary and periareolar incision sites, resulted in a low risk of changes in nipple or skin sensation and breastfeeding problems, and data are reported long-term safety and effectiveness. On the other hand, several investigations found that there is a higher risk of pain, insufficient breastfeeding and more frequent use of oral galactogogues in women with retro-glandular implants and with larger implants. Regarding the submammary and areolar approach, in the latter, it was found that there is a greater probability of damaging some nerve ending in the breast and the ducts, affecting the sensitivity of the breast and inhibiting milk production. *Reduction mammoplasty:* Research agrees that breast reduction surgery preserving the pedicle is the one that most guarantees the innervation preservation and therefore the nipple sensitivity, as well as the integrity of the ducts. In addition, there is up to 5 times more risk of insufficient breastfeeding among women undergoing this type of surgery.

Conclusions. In general, diffuse and heterogeneous information is observed regarding the impact of breast surgeries on breastfeeding. Regarding augmentation mammoplasty, in general, the risk of changes in nipple sensation and breastfeeding problems are low and provide long-term safety and effectiveness. However, there are studies that show

that the incidence rate of exclusive breastfeeding is lower. In addition, there is a greater risk of pain and insufficient breastfeeding with retroglanular implants than with retromuscular implants, with larger implants and by an areolar approach than inframammary. Regarding reduction surgery, it has been found that it has the most negative impact on breastfeeding.

Keywords: breast feeding; breast implants; surgery plastic and breast.

Este artículo está disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/122>

Introducción

La Organización Mundial de la Salud recomienda encarecidamente la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida. Paralelamente, el aumento de senos con implantes es una de las operaciones más realizadas en cirugía estética [1,2,3,4].

La imagen corporal es uno de los pilares de la sociedad actual, particularmente con el enfoque de los medios en la belleza física, especialmente para las mujeres. En consecuencia, el aumento de senos, y los implantes de senos en particular, es una de las operaciones más populares en cirugía plástica [1].

Las causas asociadas con la interrupción temprana de la lactancia materna se han descrito con frecuencia en la literatura científica. Las cirugías mamarias se han asociado en muchas ocasiones a la incapacidad de producción de leche, ya que la cirugía puede alterar la integridad y el estado funcional del seno dependiendo de la técnica quirúrgica utilizada, lo que dificulta o incluso imposibilita la lactancia materna [5].

La búsqueda del cuerpo ideal generalmente ocurre durante el período reproductivo, entre 19 y 34 años de edad, cuando la mayoría de las mujeres no se preocupan por su capacidad futura de amamantar, a menudo porque todavía no planean o no están experimentando la maternidad [5].

En este sentido, es esencial que las mujeres, especialmente aquellas en edad reproductiva que desean quedar embarazadas y amamantar, estén plenamente informadas sobre los beneficios de la lactancia materna, así como sobre las posibles complicaciones derivadas de la cirugía de mamoplastia para la lactancia futura. La información disponible sobre la lactancia después del aumento de mama es incompleta [1,5]. Dado que hay un elemento de elección, las mujeres necesitan información sobre todos los riesgos asociados, tanto a corto como a largo plazo, para tomar una decisión

informada sobre si someterse a una cirugía estética de las mamas [4].

Por otro lado, los profesionales de la salud deben comprender la naturaleza de la cirugía y los resultados probables relacionados con la lactancia materna. Un profesional capacitado debe realizar un seguimiento a la mujer poco después del parto para evaluar los signos de producción adecuada de leche y crecimiento infantil, buscando la atención necesaria en cada caso [5].

Las tasas de ciertos eventos adversos, como la contractura capsular, están bien documentadas para muchos tipos de implantes. Sin embargo, posibles complicaciones de los implantes mamarios no están tan bien documentadas. Específicamente, un número limitado de artículos ha informado sobre el posible efecto de los implantes mamarios en la sensibilidad del pezón o la piel y sobre la lactancia en mujeres sometidas a un aumento primario de senos [2]. La lactancia materna para la mujer es un período vital, el que es influido por diferentes factores, entre estos, está el antecedente de cirugía mamaria.

En esta revisión bibliográfica se explican conceptos básicos como en qué consiste la cirugía implantes mamarios, la cirugía de reducción mamaria y qué es lo que muestra la última evidencia, respecto a la relación de estas últimas con la lactancia materna exitosa.

2. Cirugía plástica mamaria [6,7,8]

2.1. Mamoplastia de aumento o aumento mamario

Se describe como un procedimiento quirúrgico para mejorar el tamaño y la forma del pecho de la mujer, gracias a la colocación de prótesis de suero salino o silicona, bien detrás de la glándula misma y por delante del músculo pectoral, o bien por detrás de dicho músculo, dependiendo de cada caso concreto.

La prótesis que se utiliza en casi todos los casos es la de membrana de silicona rugosa rellena de gel.

Además, los implantes pueden ser ubicados en distintas zonas, tales como submamario (entre el tejido glandular y el músculo), subpectoral (cubierto por el músculo pectoral).

Riesgos para la lactancia: No existe evidencia de que las prótesis de mama afecten a la fertilidad, embarazo o lactancia.

Es extraordinariamente infrecuente que las prótesis pueden romperse, haciendo que el contenido salga fuera de su cápsula. Cuando la prótesis está rellena de suero, el líquido se reabsorbe rápidamente sin producir ningún daño, disminuyendo la mama de volumen en unas horas. Si está rellena de silicona pueden pasar dos cosas: si la cápsula formada por el organismo no se rompe, no notará ningún cambio; si se ha roto, especialmente cuando ha sido sometida a mucha presión, la silicona sale disminuyendo el volumen de la mama.

2.2. Mastopexia o elevación de las mamas

La cirugía de elevación de mamas elimina el exceso de piel que se ha acumulado alrededor del pecho, elevando y mejorando la forma de las mamas caídas. En ocasiones puede combinarse la colocación de un implante mamario con este procedimiento para lograr el resultado deseado.

Riesgos para la lactancia: No existe evidencia de que las prótesis de mama afecten a la fertilidad, embarazo o lactancia.

2.3. Reducción mamaria o mamoplastia de reducción

Es un procedimiento quirúrgico para reducir el tamaño y mejorar la forma de las mamas, mediante la extirpación de grasa, tejido mamario y piel, haciéndolas más pequeñas, ligeras y firmes. Además, puede reducir el tamaño de la areola. Las incisiones variarán dependiendo del tamaño de la mama previo a la operación y del tamaño de la mama final (después de la operación).

En algunos casos, para reducir mamas muy grandes, el pezón y la areola pueden tener que extirparse quirúrgicamente y ser reimplantados posteriormente. Extirpar y reimplantar el tejido del pezón o la au-

reola provoca la pérdida de sensibilidad en el pezón y la incapacidad de dar el pecho (lactancia).

Riesgos asociados con la reducción de las mamas incluyen: cicatrices inestéticas, pérdida de sensibilidad en el pezón, pérdida de la capacidad para dar lactancia, pérdida de tejido del pezón y/o la mama, forma no satisfactoria, o la no consecución de los objetivos estéticos. Puede verse afectada la capacidad de dar de mamar.

Esta cirugía se puede realizar mediante diferentes abordajes: superior, medial, inferior y latera. En conjunto con el abordaje, actualmente se utiliza la técnica de uso de pedículos dermo glandulares para la transposición del complejo pezón-areola, permitiendo su conexión y continuidad con la glándula mamaria, con el objetivo de mantener la funcionalidad de la mama, con respecto a la capacidad de producir leche materna.

3. Objetivos

Principal:

- Analizar el impacto de la cirugía estética en la mama en la lactancia materna.

Específico:

- Explorar el impacto de los distintos tipos de cirugía estética en la mama en la instauración de la lactancia materna: mamoplastia de aumento y mamoplastia de reducción.

4. Metodología

- Se utilizaron las bases de datos de Pubmed, Cochrane, y Google académico y páginas webs (e-lactancia, Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética y Sociedad Española de Cirugía Plástica Reparadora y Estética).
- Se seleccionaron artículos con las siguientes características: a texto completo, inglés o español, publicados en los últimos diez años, seleccionando finalmente doce artículos científicos.

5. Discusión y resultados

En esta revisión bibliográfica podemos diferenciar dos partes. La evidencia se centra principalmente

en la cirugía de aumento de senos. Pero también existe evidencia, en bastante menos cantidad de la reducción mamaria. Por otro lado, no se habla de la mastopexia o elevación de mamas. Dentro de las distintas cirugías estéticas existe evidencia que demuestra que sí hay un impacto en la lactancia materna, y evidencia que por el contrario demuestra lo contrario.

5.1. Mamoplastia de aumento o aumento mamario

E-lactancia califica como un riesgo bajo para la lactancia a la mamoplastia de aumento, siendo bastante segura, probablemente compatible, con un riesgo leve o poco probable [9].

En un estudio en el que se evaluó la seguridad y la eficacia de los dispositivos implantados a través de sitios de incisión inframamaria y periareolar, se demostró que, en ambos grupos, el riesgo de cambios en la sensación del pezón o de la piel y los problemas de lactancia son bajos y brindan datos de seguridad y efectividad a largo plazo en mujeres que reciben implantes para aumento de senos. Además, La incidencia de problemas de lactancia post-implantación fue similar a la incidencia de problemas de lactancia notificada en la población general de mujeres posparto que no tienen implantes y amamantaron a sus bebés [2].

En otro estudio no se encontraron problemas para la lactancia tras cirugía de aumento de mama. La mayoría de las mujeres que no amamantaron eligieron no hacerlo por razones distintas a sus implantes que impidió la lactancia materna. Si comparamos los implantes de silicona con los de solución salina, las complicaciones de la lactancia fueron similares en los dos grupos. Además, las tasas de complicaciones fueron ligeramente más altas entre las mujeres con colocación de implantes subglandulares, en comparación con los implantes submusculares. La proporción de lactantes que fueron amamantados fue ligeramente menor para las madres con colocación de implantes subglandulares en comparación con la colocación submuscular [10].

Con respecto al implante concreto de la silicona, e-lactancia la califica como riesgo muy bajo para la lactancia, significando esto que es seguro, compatible, y con un mínimo riesgo para la lactancia y el lactante [11].

En general, la mayoría de las mujeres con implantes mamarios pueden amamantar de forma exclusiva o mixta. Según la literatura, los implantes mamarios de silicona materna afectaron de manera insignificante o rara vez a la salud de los niños. Existe una evidencia consistente que muestra que la concentración de leche materna es la misma con o sin implantes mamarios de silicona. Incluso si los implantes se rompen, la cápsula fibrosa debe proteger contra fugas de silicona en la leche materna; por lo tanto, la lactancia materna se considera segura independientemente de la ruptura del implante [11,12].

Existe un único caso clínicamente detectado y confirmado de silicona que se escapa a la leche materna. Aún no está claro si la causa fue un trauma, una reacción tisular o si se asoció con una cirugía previa. Además, se desconoce cómo se filtró el gel de silicona cohesivo. El problema fue investigado por la Administración Coreana de Alimentos y Medicamentos (KFDA), que lo confirmó como silicona y emitió una declaración sobre seguridad y precauciones con respecto a la lactancia en mujeres con implantes mamarios. En este estudio se propone seguir pautas de seguridad para las pacientes que se preparan para amamantar después de recibir implantes mamarios [12].

Por otra parte, también se encontraron estudios que demuestran que sí hay diferencias significativas en la lactancia en mujeres con mamoplastia de aumento.

Una investigación que comparó la lactancia materna de mujeres con aumento de las de sin aumento, demostró que los lactantes de mujeres con aumento de senos tenían menos probabilidades de recibir leche materna al alta que los lactantes de mujeres sin aumento. Además, las mujeres de cirugía de aumento entre nacimientos cambiaron su comportamiento de amamantamiento, mientras aquellas sin aumento o aumento antes de ambos nacimientos no lo hicieron [13].

Además, se identificó el uso más frecuente de galactogogos orales y un mayor riesgo de dolor y de lactancia insuficiente por las mujeres puerperales con implantes retroglandulares que con los retromusculares y con implantes de mayor tamaño. Alrededor del 30 día después del parto, la presencia de lesión en el pezón y dolor fue más frecuente entre las personas con mamoplastia que se realizó hace menos de diez años [1,5].

Un metaanálisis realizado para evaluar la influencia del aumento estético de los senos en la lactancia obtuvo como resultado que había una reducción significativa en la tasa de lactancia exclusiva para mujeres con implantes de mama en comparación con las mujeres sin implantes. También se comparó las tasas de lactancia materna exclusiva de incisión periareolar versus inframamaria, donde no hubo evidencia de que la incisión periareolar se asociara con una reducción en la tasa de lactancia materna exclusiva [3].

Sin embargo, en una revisión sistemática donde se evaluaron los resultados de la lactancia materna entre las mujeres con aumento mamario en comparación con mujeres sin cirugía, entre las mujeres que amamantaron, los estudios informaron una probabilidad reducida de lactancia materna exclusiva entre las mujeres con implantes mamarios. Aunque se encontró que las mujeres con aumento de senos tenían tantas probabilidades de intentar amamantar como las mujeres sin aumento de senos, las mujeres con aumento de senos tenían menos probabilidades de alimentar exclusivamente a sus bebés con leche materna [4].

La cirugía de implantación de senos puede causar daños en los conductos, el tejido glandular o la inervación de los senos. Alternativamente, los implantes mamarios pueden ejercer presión sobre el tejido mamario, lo que puede dañar el tejido mamario o bloquear los conductos lactíferos. La reducción de la capacidad de lactar también puede ser resultado de complicaciones relacionadas con la cirugía, las más comunes son la contractura capsular, la formación de hematomas, la infección o el dolor que puedan convertir la lactancia materna en una experiencia dolorosa [4].

La asociación observada del aumento de senos con la alimentación suplementaria también podría ser el resultado de una diferencia en las actitudes y creencias hacia la lactancia materna. Las mujeres que optaron por el aumento de senos pueden ser más propensas a abandonar la lactancia materna una vez que se enfrentan con dificultades de lactancia, debido a las expectativas previas y a una menor confianza en sí mismas para poder satisfacer las necesidades del bebé. Alternativamente, pueden mostrar menos perseverancia cuando se enfrentan a obstáculos debido a que tienen un sentido reducido de compromiso para amamantar en primer lugar [4].

Los estudios sobre el estado psicológico de las mujeres que buscan intervención cosmética se han centrado en insatisfacción de la imagen corporal, la baja autoestima y las condiciones de salud mental. Sin embargo, las actitudes preoperatorias y la satisfacción de paciente postoperatorio, han recibido poca atención. La falta de estudios puede sugerir que mantener la capacidad de lactancia ni siquiera es parte de lo que preocupa a la mayoría de las mujeres cuando se considera el aumento de senos [4].

En otro estudio, en el que se compara la lactancia materna del grupo con antecedentes de implantes mamarios con la lactancia materna del grupo sin la intervención, no se presentó diferencias significativas entre si hubo o no lactancia e los primeros 30 días (independientemente si es exclusiva o mixta) entre el grupo control y las mujeres con implantes. Lo que significa que las mujeres con implantes son capaces de amamantar. Con respecto a la tasa de lactancia materna exclusiva sí hubo diferencias importantes favoreciendo el grupo control. Además, con respecto al abordaje quirúrgico (submamario y areolar), hubo diferencias significativas entre ambos grupos. En el abordaje areolar hay más probabilidades de dañar alguna terminación nerviosa de la mama y los conductos galactóforos, afectando a la sensibilidad e inhibiendo la producción de leche, dando lugar a una lactancia insuficiente [8].

Existen cinco factores que influyen en la lactancia: la técnica de cirugía empleada, la pérdida de sensibilidad del pezón, el lugar donde se ubica el implante, alguna enfermedad preexistente por la cual se esté realizando la cirugía, o algún problema ya existente como los generados por la presión de éste [8].

En algunos estudios se habla también del hidrogel de poliacrilamida (PAAG). El hidrogel de poliacrilamida (PAAG) se ha utilizado ampliamente para la mamoplastia de aumento de inyección en Rusia, China e Irán durante más de dos décadas. En los últimos años, se ha defendido como un relleno permanente seguro para el aumento de tejidos blandos. Sin embargo, las complicaciones asociadas con la inyección de PAAG en el aumento de tejidos blandos no se han investigado exhaustivamente. La mamoplastia de aumento mediante inyección de PAAG se asocia con algunas complicaciones. Se informó que la incidencia de infección

durante la lactancia era superior al 50%. Las mujeres, sometidas a inyección de PAAG para mamoplastia de aumento deben evitar la lactancia materna [14,15].

En resumen, los factores implicados en el riesgo de lactancia insuficiente son: pérdida de capacidad eréctil de areola-pezón e interrupción del reflejo neuro-endocrino, dolor de pecho por implante o por la contractura capsular y posible mayor incidencia de verdadera hipoplasia mamaria entre las mujeres con implantes mamarios [9].

5.2. Mamoplastia de reducción o reducción mamaria

Consultando de nuevo la bibliografía investigada en E-lactancia, la cirugía de reducción mamaria conservando el pedículo es la que más garantías tiene de preservar en gran parte la inervación y por tanto la sensibilidad del pezón, así como la integridad de los conductos galactóforos [16].

Además, hay hasta cinco veces más riesgo de lactancia insuficiente entre las mujeres sometidas a este tipo de cirugía [16].

Concretamente, la técnica de injerto libre del pezón-areola dificulta en gran manera la posibilidad de lactancia materna exclusiva, al haber cortado inervación y conductos glandulares [16].

En un estudio donde se compara un grupo de mujeres con reducción mamaria y el grupo control, con respecto a la lactancia materna exclusiva al mes de vida, se obtuvo un 21% y un 70% respectivamente [8], y apoya la idea de los estudios anteriores, donde demuestra que la técnica la técnica de uso de pedículos dermo glandulares en la transposición del complejo pezón-areola, no generaría mayor impacto en la lactancia materna al conservar la mayor cantidad posible de tejido glandular y mantener la conexión con el complejo pezón-areola [8,16].

Concretamente, el abordaje superior permite conservar una mayor proporción de tejido glandular en conexión con el complejo pezón-areola, lo que permite un mejor resultado en la producción láctea [8].

Sin embargo, la mayoría del grupo de mujeres con reducción mamaria presentó complicaciones en la lactancia materna, siendo la principal, la producción insuficiente de leche materna [8].

Es de conocimiento que, en la cirugía de implantes mamarios, dependiendo de la técnica de abordaje, el compromiso de los tejidos de la mama es menor que en la cirugía de reducción mamaria, por lo que se preserva de mejor forma la funcionalidad de la mama con respecto a la lactancia materna [8].

Por último, cabe destacar una investigación a cerca de la información que tiene la mujer sobre el impacto que puede tener la cirugía mamaria en la lactancia materna. Se encontró que pocas mujeres solicitan información sobre lactancia materna antes de someterse a una cirugía. Además, los cirujanos tampoco brindan dicha información de manera sistemática. Por último, aunque apoya la idea de que la lactancia materna es posible, el periodo medio de lactancia después de la cirugía es más corto y la dificultad más frecuente encontrada es la insuficiencia de leche materna, aún más después de la mamoplastia de reducción [17].

6. Conclusiones

Tras realizar esta revisión bibliográfica, podemos concluir de manera general, que se observa información difusa y heterogénea con respecto al impacto de las cirugías mamarias en la lactancia materna.

Con respecto a la mamoplastia de aumento, en general, el riesgo de cambios en la sensación del pezón y los problemas de lactancia son bajos y brindan seguridad y efectividad a largo plazo.

Sin embargo, existen estudios que demuestran que as tasas reducidas de alimentación con leche materna entre las mujeres que se han sometido a un aumento mamario subrayan la importancia de identificar, apoyar y alentar a las mujeres que son vulnerables a una menor probabilidad de amamantar.

Además, también se ha demostrado que hay más riesgo de dolor y lactancia insuficiente con implantes retro glandulares que con los retro musculares, con implantes de mayor tamaño y mediante abordaje areolar que inframamario.

En la mayoría de los estudios encontrados, se demuestra que existe una reducción significativa en la tasa de incidencia de lactancia materna exclusiva para mujeres con implantes de mama en comparación con mujeres sin implantes.

Con respecto a la cirugía de reducción se ha encontrado que es la que más impacto negativo tiene en la lactancia materna.

Es difícil medir exactamente cuánto influyen las distintas cirugías en la lactancia materna ya que hay otros muchos más factores que influyen en la misma.

Independientemente del tipo de cirugía mamaria, la mujer debe tener acceso a la información necesaria con respecto a la cirugía y a la fisiología y complicaciones de la lactancia, que le permita empoderarse en la toma de decisiones y el manejo de la lactancia materna.

Es muy probable que las mujeres con antecedente de cirugía mamaria tengan mayor éxito en el

inicio y mantención de la lactancia, si son asistidas y acompañadas por profesionales capacitados, con conocimientos acerca de las principales dificultades y el manejo de esas situaciones.

Es esencial que las mujeres, especialmente aquellas en edad reproductiva que desean quedar embarazadas y amamantar, estén plenamente informadas sobre los beneficios de la lactancia materna, así como sobre las posibles complicaciones derivadas de la cirugía de mamoplastia para la lactancia futura.

Por último, concluir en que las mujeres necesitan información sobre todos los resultados asociados para tomar una decisión informada sobre si someterse a una cirugía estética de las mamas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bompoy L, Gerenton B, Cristofari S, Stivala A, Moris V, See LA, Rizzi P, Braye F, Meningaud JP, Zwetyenga N, Guillier D. *Impact on Breastfeeding According to Implant Features in Breast Augmentation: A Multicentric Retrospective Study*. Ann Plast Surg. 2019 Jan;82(1): 11-14. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30325833>
2. Herluf G, Lund, MD, FACS, Janet Turkle, MD, Mark L. Jewell, MD, Diane K. Murphy, MBA. *Bajo riesgo de problemas de sensibilidad y lactancia en la piel y el pezón después del aumento de senos primario con implantes de silicona de forma estable: seguimiento en 4927 sujetos*. Revista de cirugía estética, volumen 36, número 6, junio de 2016, páginas 672-680, <https://doi.org/10.1093/asj/sjv266>.
3. Cheng F, Dai S, Wang C, Zeng S, Chen J, Cen Y. *Do Breast Implants Influence Breastfeeding? A Meta-Analysis of Comparative Studies*. J Hum Lact. 2018 Aug;34(3): 424-432.
4. Schiff M, Algert CS, Ampt A, Sywak MS, Roberts CL. *The impact of cosmetic breast implants on breastfeeding: a systematic review and meta-analysis*. Int Breastfeed J. 2014. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=The+impact+of+cosmetic+breast+implants+on+breastfeeding%3A+a+systematic+review+and+meta-analysis>
5. Marcacine KO, Abuchaim ESV, Coca KP, Abrão ACFV. *Factors associated to breast implants and breastfeeding*. Rev Esc Enferm USP. 2018 oct 11;52: e03363. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30328982>
6. *Sociedad Internacional de cirugía plástica estética* [Sede web] Disponible en: (<https://www.isaps.org/es/procedimientos/cirugia-plastica-mamaria/aumento-mamario/>) (último acceso 28 marzo 2020).
7. *Sociedad Española de cirugía plástica reparadora y estética*. [Sede web] Disponible en: <https://secpre.org/cirugia-de-la-mama> (último acceso 27 marzo 2020).
8. Barros Baeza MJ, Carrasco Aguirre C, Olivares Meneses C. *Impacto de la cirugía mamaria en la lactancia materna*. 2018, Horiz Enferm,29,1,18-25 <http://publicaciones.horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/rhe/article/view/145>
9. *E-lactancia*. [Sede web] Disponible en: <http://www.e-lactancia.org/breastfeeding/augmentation-mammoplasty/product/> (último acceso 1 abril 2020).
10. Jewell ML, Edwards MC, Murphy DK, Schumacher A. *Lactation Outcomes in More Than 3500 Women Following Primary Augmentation: 5-Year Data From the Breast Implant Follow-Up Study*. Aesthet Surg J. 2019 Jul 12;39(8): 875-883.
11. *E-lactancia*. [Sede web] Disponible en: <http://www.e-lactancia.org/breastfeeding/silicone/product/> (último acceso 3 de abril 2020).
12. Woo J, Park BY. *Silicone in breastmilk from a breast implant: The hottest issue in Korea*. Breast J. 2019 Jan;25(1): 151-152. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Silicone+in+breastmilk+from+a+breast+implant%3A+The+hottest+issue+in+Korea>.

13. Roberts CL, Ampt AJ, Algert CS, Sywak MS, Chen JS. *Reduced breast milk feeding subsequent to cosmetic breast augmentation surgery*. Med J Aust. 2015 Apr 6;202(6):324-8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Reduced+breast+milk+feeding+subsequent+to+cosmetic+breast+augmentation+surgery>
14. Wang ZX, Luo DL, Dai X, Yu P, Tao L, Li SR. *Polyacrylamide hydrogel injection for augmentation mammoplasty: loss of ability for breastfeeding*. Ann Plast Surg. 2012 . <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Polyacrylamide+hydrogel+injection+for+augmentation+mammoplasty%3A+loss+of+ability+for+breastfeeding>
15. Bourke AG, Jose C *Recurrent complications of PAAG implants during lactation* Case Reports 2018;2018: bcr-2017-219688.
16. *E-lactancia*. [Sedeweb] Disponible en: <http://www.e-lactancia.org/breastfeeding/breast-reduction-mammoplasty/product/> (último acceso 3 abril 2020).
17. Tran PL, Houdjati H, Barau G, Boukerrou M. *Breastfeeding after breast surgery: patient information*. Gynecol Obstet Fertil. 2014