

Mastoplastia de aumento, complemento indispensable de feminización en trastornos de identidad de género

Augmentation Mammoplasty, an Indispensable Complement of Feminization in Gender Identity Disorder

Alicia María Tamayo Carbón^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-5006-266x>

Diana Katherine Cuastumal Figueroa¹ <https://orcid.org/0000-0001-5277-281x>

¹Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: aliciatamayo67@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El pecho es uno de los principales indicadores externos de femineidad, motivo por el cual la mastoplastia de aumento resulta un paso significativo en la transición a mujer y mejora los síntomas de la disforia de género.

Objetivo: Exponer los resultados del aumento mamario con implantes en pacientes transgénero.

Métodos: Estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo en pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras", remitidos del Centro Nacional de Educación Sexual para culminar el tratamiento de reasignación de género con cirugía de aumento mamario, en el período entre enero y junio de 2022.

Resultados: La muestra se constituyó con cinco pacientes; la edad media fue de 45,2 años. El 100 % recibió terapia hormonal, el 80 % se presentó aparentemente sano y 20 % fue portador del virus de la inmunodeficiencia humana. En el

preoperatorio, el 80 % tenía ausencia de tejido mamario, el diámetro del complejo areola pezón era inferior a 3 cm y la longitud del segmento tres en vista de perfil de la mama fue menor de 4 cm. Al 100 % se les colocó implante mamario de gel cohesivo de silicona, redondo con superficie microtexturizada. En el 80 % el volumen del implante resultó de 255 cm³, y en el 20 %, de 285 cm³. El 100 % se abordó por surco submamario y el plano de colocación del implante fue retromuscular. No surgieron complicaciones, todos quedaron satisfechos con los buenos resultados.

Conclusiones: La mastoplastia de aumento con implantes y técnica adecuados en pacientes transgénero ofrece buenos resultados. Garantiza satisfacción a pacientes con fenotipo masculino e identidad de género femenino, cuyos pechos son la máxima expresión de femineidad.

Palabras clave: mastoplastia de aumento; reasignación de género; transgénero.

ABSTRACT

Introduction: The breast is one of the main external indicators of femininity, a reason why augmentation mastoplasty is a significant step in the transition to womanhood and improves symptoms of gender dysphoria.

Objective: To present the results of breast augmentation with implants in transgender patients.

Methods: A descriptive, longitudinal and prospective study was carried out in patients cared at the plastic surgery service of Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, referred from the National Center for Sexual Education to complete the gender reassignment treatment with breast augmentation surgery, in the period between January and June 2022.

Results: The sample consisted of five patients, whose mean age was 45.2 years. One hundred percent received hormone therapy, 80 % were apparently healthy and 20 % were carriers of human immunodeficiency virus. Preoperatively, 80 % had absent breast tissue; the diameter of the nipple-areola complex was less than 3 cm and the length of segment three in profile view of the breast was less than 4 cm.

100 % were implanted with round cohesive silicone gel breast implants with microtextured surface. The implant volume was 255 cm³ in 80 % and 285 cm³ in 20 %. 100 % were approached through the submammary sulcus and the implant placement plane was retromuscular. No complications arose; all were satisfied with the good outcomes.

Conclusions: Augmentation mastoplasty with appropriate implants and technique in transgender patients offers good outcomes. It guarantees satisfaction to patients with male phenotype and female gender identity, whose breasts are the maximum expression of femininity.

Keywords: augmentation mammoplasty; gender reassignment; transgender.

Recibido: 23/09/2023

Aceptado: 22/05/2024

Introducción

La mamoplastia de aumento es el procedimiento quirúrgico que aumenta el volumen mamario a través de la colocación de implantes o tejido adiposo, lo que dependerá de la anatomía torácica, las características de la mama, la cantidad de tejido celular subcutáneo de la zona, así como del grosor de la piel para obtener el resultado más armónico y seguro.⁽¹⁾

El pecho resulta uno de los principales indicadores externos de femineidad, motivo por el cual esta cirugía representa un paso significativo en la transición a mujer, y mejora los síntomas de la disforia de género, lo que facilita la identificación de género en entornos sociales y ayuda al paciente a sentirse a gusto consigo mismo.⁽²⁾

En comparación con la población general, las mujeres transgénero enfrentan una mayor prevalencia de enfermedades de salud mental, seropositividad al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) e infecciones de transmisión sexual. Estos

factores han causado un estigma social que contribuye a las disparidades en la utilización de la atención médica por parte de las pacientes. Debido a estas tendencias, los cirujanos deben modificar las indicaciones quirúrgicas para reflejar la naturaleza reconstructiva de la cirugía superior en comparación con el aumento de los senos estéticos.⁽³⁾

La séptima edición de los Estándares de atención de la Asociación Mundial Profesional para la Salud de las Personas Transgénero (*WPATH*, por sus siglas en inglés) aboga por la cirugía de afirmación de género como médicamente necesaria para aliviar la angustia sicosocial asociada con la disforia de género.

La reconstrucción torácica resulta una parte importante del proceso de transición de género para las mujeres transgénero, la cual continúa siendo un desafío en las mujeres trans y debe abordarse individualmente de acuerdo con el fenotipo y la solicitud del paciente. La anatomía de la mama difiere con las mujeres cis en términos de un torso proporcionalmente más grande y menos cónico, un músculo pectoral más fuerte y grueso, y un complejo areola pezón (CAP) más pequeño y lateralizado. La mayor cantidad de grasa mamaria y axilar observada en mujeres cis crea un contorno superficial más suave y oscurece la apariencia bastante masculina de los músculos pectorales y serrato subyacentes. Además, la piel tensa, poco elástica y una cantidad limitada de tejido mamario inducido hormonalmente en mujeres trans representan aspectos adicionales que deben tenerse en cuenta al planificar la cirugía.⁽⁴⁾

El aumento de mamas en pacientes transgénero cumple los mismos principios de la cirugía de aumento mamario en mujeres con escaso tejido glandular. Sin embargo, no se considera un procedimiento cosmético, sino uno de los pasos del tratamiento integral de reasignación de género con iguales posibilidades de abordaje al bolsillo subpectoral, por la vía axilar, periareolar y surco submamario para lograr un aspecto corporal acorde a su identidad.

En ocasiones la cobertura cutánea resulta insuficiente o la piel es poco elástica para cubrir el volumen del implante, lo que implica un tiempo quirúrgico previo de expansión tisular.⁽⁵⁾

La terapia hormonal sustitutiva no es un criterio ni un requisito para esta cirugía; sin embargo, la cirugía resulta aconsejable solo después de haber comenzado la terapia feminizante y después de tomarla durante al menos un año continuo. El motivo es maximizar el crecimiento natural y fisiológico del tejido mamario, estimulado por las hormonas para obtener un resultado estético superior.⁽⁶⁾

La cirugía mejora el bienestar psicosocial, la satisfacción con las mamas y el bienestar sexual en encuestas estandarizadas de resultados informados por pacientes, como *BREAST-Q*.

Estas ganancias son evidentes ya a los cuatro meses de la operación y se mantienen años después de la cirugía. Los resultados se pueden apreciar de inmediato, pero la forma definitiva mejorará con el cumplimiento de los cuidados posoperatorios, enfocados en la prevención de complicaciones, a la vez que modifica los rasgos de masculinidad, y permite al final conseguir mamas de aspecto natural semejantes a las de las mujeres cis.⁽⁷⁾ Se presentó este trabajo con el objetivo de exponer los resultados del aumento mamario con implantes en pacientes transgénero.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo en nueve pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras" para la cirugía de aumento mamario como último paso en el tratamiento de reasignación de género, en el período entre enero y junio de 2022. Se incluyeron pacientes remitidos del CENESEX con criterio de apto físico y psicológicamente para la cirugía mamaria, además de aceptar los criterios establecidos por la *WPATH* para la feminización de las mamas: el diagnóstico persistente y bien documentado de la disforia de género por un profesional de la salud mental, en plena posesión de sus facultades; ser capaz de tomar una decisión plenamente informada; y que firme el consentimiento informado para el procedimiento quirúrgico.

Se excluyeron los pacientes que no cumplieron con los criterios de inclusión, los pacientes con enfermedades crónicas descompensadas, fumadores, alcohólicos, drogadictos, en tratamiento con medicamentos que comprometan la cicatrización o coagulación y pacientes con falsas expectativas.

Se tomaron como criterios de salida los pacientes con mastoplastia de aumento previa que acudieron para cambio de implantes o mastoplastia de aumento secundaria, los que después de haber iniciado el estudio no desearon continuar y los que no asistieron a las consultas programadas. La muestra quedó constituida por cinco pacientes.

Se tuvieron en cuenta variables como la edad; el color de piel; el volumen mamario; las mensuraciones como diámetro del CAP y la longitud del segmento tres en vista de perfil; las características del implante mamario según el tipo, volumen y superficie; la vía de abordaje; el plano de colocación del implante mamario; las complicaciones; la satisfacción y los resultados. Para todo esto se tuvo en cuenta la simetría, la mejoría de las mensuraciones hacia el patrón de belleza femenino, las complicaciones, la satisfacción del paciente y la calidad de la cicatriz.

Se evaluaron como buenos, cuando mejoraron en los cinco aspectos evaluados; como regulares, cuando se presentó mejoría en tres o cuatro aspectos evaluados; y malos, cuando se mostró mejoría en menos de tres aspectos evaluados.

Técnicas y procedimientos

Las técnicas y los procedimientos son los siguientes:

- Preoperatorio: evaluación clínica preoperatoria más el registro fotográfico. Se suspendió la terapia hormonal sustitutiva con estrógenos debido a que aumentaba el riesgo de eventos tromboembólicos durante y después de la cirugía. Esta interrupción se decidió por el cirujano y el anestesiólogo, y varió entre dos y cuatro semanas antes y después de la cirugía. Paraclínicos preoperatorios dentro de límites normales. Planificación preoperatoria y la elección del implante a colocar (fig. 1). Se dieron indicaciones

preoperatorias, según el protocolo de la recuperación mejorada después de la cirugía (ERAS, por sus siglas en inglés).⁽⁸⁾



Fig. 1 - Planificación preoperatoria.

- Transoperatorio: paciente en decúbito supino, asepsia y antisepsia. Se realizó una incisión cutánea, según la planificación a medio centímetro de distancia del surco submamario en dirección caudal, con un abordaje de 3 cm de extensión, identificación del borde externo del músculo pectoral mayor, divulsión del bolsillo submuscular, desinserción parcial del pectoral y colocación de implante mamario, previo control riguroso de hemostasia (fig. 2). El cierre fue por planos hasta la piel. La inmovilización se efectuó con un ajustador quirúrgico y una banda estabilizadora.

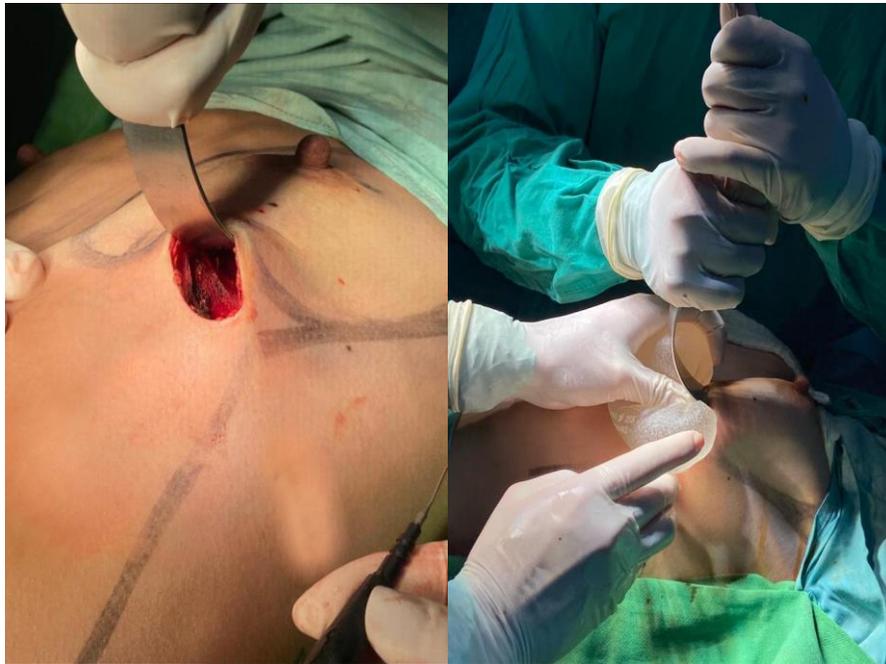


Fig. 2 - Colocación del implante mamario.

- Posoperatorio: cura seca a las 24 horas posoperatorias. Se estableció el uso permanente de una banda estabilizadora, el ajustador posquirúrgico, no realizar esfuerzos físicos, no levantar los brazos por encima de los hombros y la indicación de analgésicos según la necesidad. Se determinó el control en consulta ambulatoria a los diez días para retirar los puntos, y luego al mes, tres y seis meses posoperatorios.

Todos los datos durante el seguimiento posoperatorio fueron recogidos en planilla de recolección de datos. La información obtenida se trasladó a una base de datos mediante la aplicación Excel Microsoft Office versión XP, la que, posteriormente, se exportó al sistema SPSS versión 23.0.

La relación de variables se expresó en frecuencias absolutas y porcentajes. Los resultados se mostraron en tablas de frecuencia y gráficos en los que se resumió la información con el fin de abordar los objetivos planteados, y se efectuó después un análisis del fenómeno estudiado que permitió, a través del proceso de síntesis y generalización, arribar a conclusiones y elaborar recomendaciones.

Consideraciones éticas

La investigación se realizó desde el punto de vista ético conforme a lo establecido en la 64ª Asamblea General de la Declaración de Helsinki.⁽⁹⁾

El estudio fue aprobado por el Consejo científico y el Comité de ética médica de la institución.

Resultados

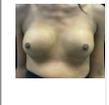
La muestra se constituyó por 5 pacientes; la edad media estuvo en 45,2 años. El 100 % recibió terapia hormonal, el 80 % fueron aparentemente sanos y el 20 % portadores de VIH.

En el preoperatorio, el 80 % de los pacientes tenía ausencia de tejido mamario, el diámetro del complejo areola-pezón se presentó inferior a 3 cm y la longitud del segmento tres en vista de perfil de la mama resultó menor de 4 cm. Al 100 % se les colocó implante mamario de gel cohesivo de silicona, de forma redonda con superficie microtexturizada. En 80 % el volumen del implante fue de 255 cm³ y en el 20% de 285 cm³.

En el 100 % se abordó por surco submamario y el plano de la colocación del implante fue retromuscular.

No surgieron complicaciones y todas las pacientes quedaron satisfechas con los buenos resultados de la operación (tabla).

Tabla - Cuadro clínico y resultados posoperatorios

Paciente	Preoperatorio				Posoperatorio			
	Foto	Volumen mamario	Diámetro y posición del CAP	Longitud del segmento tres en vista de perfil	Foto	Volumen mamario	Diámetro y posición del CAP	Longitud del segmento tres en vista de perfil
Caso 1		Ausencia de tejido mamario bilateral	2 cm, asimétrico respecto a la posición, CAP derecho descendido un centímetro respecto al izquierdo	3 cm		285 cc	3 cm	4 cm
Caso 2		Asimetrías, mama derecha con volumen superior a la izquierda	2 cm	3 cm		255 cc	3 cm	4 cm
Caso 3		Ausencia de tejido mamario	2 cm	2 cm		255 cc	3 cm	4 cm
Caso 4		Ausencia de tejido mamario	1 cm	3 cm		255 cc	2 cm	4 cm
Caso 5		Mamas de aspecto femenino con volumen de 300 gr	3 cm	4 cm		555 cc	4 cm	4 cm

Discusión

La mastoplastia de aumento en mujeres trans cada día va en incremento; sin embargo, es escasa la literatura referente a este tema. En el momento del procedimiento quirúrgico se debe tener en cuenta que este difiere de las mujeres cis en varios aspectos, dados por las características anatómicas del tórax, los hombros y la distancia entre el CAP y el esternón.⁽⁴⁾

Gabrick y otros,⁽¹⁰⁾ en 2021, reportaron una media de edad de 36,7 años en su muestra investigada. En el presente estudio se presentó una media de edad similar a la reportada por los autores en mención, lo que puede estar relacionado con que es a esta edad a la que acuden las pacientes trans para recibir la reconstrucción torácica, después de pasar por el tratamiento psicológico y hormonal requerido para la realización de la cirugía.

Después del tratamiento psicológico, la terapia hormonal resulta un pilar fundamental después de un diagnóstico de la disforia de género, el inicio de esta debe ser después de los 16 años de edad y de forma escalonada, y hasta los 18 años se postergan los tratamientos definitivos e irreversibles.

De Blok y otros,⁽¹¹⁾ en 2020, mostraron la evolución de mujeres trans que iniciaron el tratamiento hormonal, entre 1972 y 2018, con un aumento en la frecuencia de aumento de mamas, el cual varió en 70 %, pero sin satisfacción con el volumen conseguido.

En el presente estudio a pesar de usar volúmenes pequeños, las pacientes quedaron muy satisfechas con los resultados, lo que pudiera relacionarse con el *rapport* médico-paciente, a través del cual se convenció a los pacientes de la importancia de evitar complicaciones que se asocian a volúmenes mayores. En algunas, fue necesario un tiempo quirúrgico previo de expansión tisular progresiva para alcanzar el continente de cobertura de implantes mayores y ellas escogieron solo un tiempo, con garantía de seguridad.

Fakin y otros,⁽¹²⁾ en 2019, incluyeron en su investigación a 138 pacientes, quienes prefirieron el uso de implantes redondos, con baja proyección y con un volumen de 363,3 cm³.

Chatterjee y *Khanna*,⁽⁴⁾ en 2020, realizaron el reporte del aumento mamario en 111 mujeres trans en el plano subfacial. La totalidad de implantes utilizados fueron de gel cohesivo de silicona; ellos refirieron que, antes de 2017, utilizaron 72 implantes texturizados y, posteriormente, por problemas de disponibilidad, 39 lisos. Además, el tamaño de los implantes varió de 180 cm³ a 550 cm³, con la mayoría en el rango de 300 a 400 ml.

En los pacientes reportados en este estudio, los volúmenes utilizados fueron menores y se asignaron en dependencia de los diferentes grados de crecimiento del tejido mamario, debido a la terapia hormonal, sobre todo la forma redonda porque deseaban más proyección del polo superior y del gel cohesivo de silicona con superficie texturizada en concordancia con el estudio de *Chatterjee* y *Khanna*.⁽⁴⁾

Las variaciones anatómicas que diferencian a las mujeres trans de las cis, son un factor importante a tener en cuenta en el momento de escoger la vía de abordaje y plano de colocación del implante, *Fakin* y otros⁽¹²⁾ reportaron la mastoplastia de aumento mediante incisión inframamaria y bolsillo retropectoral en la totalidad de la muestra, resultados con los que concuerda la presente investigación, pero difiere con lo reportado por *Chatterjee* y *Khanna*,⁽⁴⁾ quienes optaron por el plano subfacial. En este estudio el plano de elección fue el submuscular por el escaso tejido mamario disponible para cubrir el implante, además, en el transoperatorio se hizo evidente como diferencia con las mujeres cis, unos espacios intercostales más anchos y un área de inserción del músculo pectoral mayor al esternón más gruesa, esto dificultó la extensión del bolsillo protésico en dirección medial para disminuir la distancia intermamilar, lo que confirmó que el volumen usado era el indicado para evitar pliegues y contractura capsular posterior

Todo procedimiento quirúrgico se encuentra expuesto al riesgo de presentar complicaciones, la mastoplastia de aumento en mujeres trans incrementa esta

posibilidad, debido a las variaciones anatómicas, el tiempo quirúrgico requerido, la terapia hormonal previa y los diferentes deseos de las pacientes. *Namnoum* y otros,⁽¹³⁾ en 2013, obtuvieron en su investigación la presencia de contractura capsular, mala posición del implante de moderada a grave y procedimientos secundarios.

Chatterjee y *Khanna*,⁽⁴⁾ en 2020, informaron que una paciente presentó una infección con una extrusión definitiva del implante, dos pacientes con contracturas capsulares y once pacientes mostraron una cicatrización tardía que necesitaron suturas secundarias. *Yu* y otros,⁽¹⁴⁾ en 2021, reportaron la presencia de una contractura capsular y un hematoma en un 14,2 % de su muestra; una rotura del implante en 28,5 % y en 85,7 % se reemplazó el implante. En esta investigación no se presentó ninguna de estas complicaciones.

Yalanis y otros,⁽¹⁵⁾ en 2015, hicieron referencia a la irrigación del bolsillo mamario con diferentes soluciones antibióticas con o sin esteroides y yodopovidona para la prevención de las infecciones y contracturas capsulares.

Chatterjee y *Khanna*⁽⁴⁾ refirieron su experiencia en 18 años con el uso solo de yodopovidona a 5 %, sin presencia de variación en estas complicaciones e informaron la continuidad de este protocolo por la fácil disponibilidad y la no necesidad de preparar sustancias por separado, y describieron que tal vez sea más una cuestión de elección de los cirujanos que la superioridad de un régimen sobre el otro.

En este estudio se utilizó la yodopovidona sin asociación a antibióticos o esteroides durante la intervención quirúrgica para la irrigación del bolsillo, sin evidencia de aumento de las complicaciones, en concordancia con *Chatterjee* y *Khanna*,⁽⁴⁾ de la misma forma en la que se realizaron la mastoplastia de aumento en las mujeres cis.

La satisfacción de las pacientes fue parte importante en la evaluación de los resultados quirúrgicos. *Weigert* y otros,⁽⁷⁾ en 2013, efectuaron un único estudio usando *BREAST Q* en mujeres trans en el que evidenciaron que el bienestar

psicosocial de las pacientes es de 85 puntos sobre 100 posibles en promedio de cuatro meses después de la cirugía.

Otro aspecto importante de la cirugía mamaria es el bienestar sexual. *Schoffer* y otros,⁽¹⁶⁾ en 2022, describieron que 25 % de su muestra declararon una puntuación de satisfacción de 91 puntos y, en cuanto a la satisfacción con las mamas, estuvo la puntuación en 74 puntos. En el presente estudio la totalidad de la muestra quedó satisfecha con los resultados obtenidos en la intervención quirúrgica.

De Blok y otros,⁽¹¹⁾ en 2020, refirieron que 77 % de los resultados quirúrgicos fueron buenos, el 33 % restante presentaron resultados regulares debido a que 102 de los 308 pacientes informaron problemas de salud asociados a los implantes.

Coroneos y otros,⁽¹⁷⁾ en 2020, describieron buenos resultados en 92,8 % del total de la muestra. En el presente estudio el 100 % de los resultados fueron buenos ya que no se presentaron complicaciones y todas las pacientes quedaron satisfechas.

Como conclusión, se observa que la mastoplastia de aumento con implantes y técnicas adecuados en pacientes transgénero ofrece buenos resultados. Garantiza satisfacción a pacientes con fenotipo masculino e identidad de género femenino, cuyos pechos son la máxima expresión de femineidad.

Referencias bibliográficas

1. Layt C. Augmentation Mastopexy: Planning and Performance for Predictability: Management of Complications. *Clin Plast Surg.* 2021;48(1):45-57. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cps.2020.09.002>
2. Littman L. Individuals Treated for Gender Dysphoria with Medical and/or Surgical Transition Who Subsequently Detransitioned: A Survey of 100 Detransitioners. *Arch Sex Behav.* 2021;50(8):3353-69. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02163-w>
3. Bekeny J, Zolper E, Fan K, Del Corral G. Breast augmentation for transfeminine patients: methods, complications, and outcomes. *Gland Surg.* 2020;9(3):788-96. DOI: <https://doi.org/10.21037/gs.2020.03.18>

4. Chatterjee S, Khanna M. Hundred and Eleven Cases of Subfascial Breast Augmentation in Trans Women-A Single-Center Experience. *Indian J Plast Surg.* 2020;53(1):51-8. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1708227>
5. Claes K, D'Arpa S, Monstrey S. Chest Surgery for Transgender and Gender Nonconforming Individuals. *Clin Plast Surg.* 2018;45(3):369-80. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.03.010>
6. de Blok C, Klaver M, Wiepjes C, Nota N, Heijboer A, Fisher A, *et al.* Breast Development in Transwomen After 1 Year of Cross-Sex Hormone Therapy: Results of a Prospective Multicenter Study. *J Clin Endocrinol Metab.* 2018;103(2):532-8. DOI: <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01927>
7. Weigert R, Frison E, Sessieq Q, Al Mutairi K, Casoli V. Patient satisfaction with breasts and psychosocial, sexual, and physical well-being after breast augmentation in male-to-female transsexuals. *Plast Reconstr Surg.* 2013;132(6):1421-9. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000434415.70711.49>
8. Simpson J, Bao X, Agarwala A. Pain Management in Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) Protocols. *Clin Colon Rectal Surg.* 2019;32(2):121-8. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0038-1676477>
9. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA.* 2013;310(20):2191-4. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
10. Gabrick K, Chouiri F, Park K, Allam O, Mozaffari M, Persing J, *et al.* A comparison of perioperative safety for breast augmentation in cis- vs. trans patients. *Ann Transl Med.* 2021;9(7):601. DOI: <https://doi.org/10.21037/atm-20-3355>
11. de Blok C, Staphorsius A, Wiepjes C, Smit J, Nanayakkara P, den Heijer M. Frequency, Determinants, and Satisfaction of Breast Augmentation in Trans Women Receiving Hormone Treatment. *J Sex Med.* 2020;17(2):342-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.10.021>

12. Fakin R, Zimmermann S, Kaye K, Lunger L, Weinforth G, Giovanoli P. Long-Term Outcomes in Breast Augmentation in Trans-Women: A 20-Year Experience. *Aesthet Surg J*. 2019;39(4):381-90. DOI: <https://doi.org/10.1093/asj/sjy143>
13. Namnoum J, Largent J, Kaplan H, Oefelein M, Brown M. Primary breast augmentation clinical trial outcomes stratified by surgical incision, anatomical placement and implant device type. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2013;66(9):1165-72. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2013.04.046>
14. Yu X, Kang C, Guttery D, Kadry S, Chen Y, Zhang Y. ResNet-SCDA-50 for Breast Abnormality Classification. *IEEE/ACM Trans Comput Biol Bioinform*. 2021;18(1):94-102. DOI: <https://doi.org/10.1109/TCBB.2020.2986544>
15. Yalanis G, Liu E, Cheng H. Efficacy and Safety of Povidone-Iodine Irrigation in Reducing the Risk of Capsular Contracture in Aesthetic Breast Augmentation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plast Reconstr Surg*. 2015;136(4):687-98. DOI: <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000001576>
16. Schoffer A, Bittner A, Hess J, Kimmig R, Hoffmann O. Complications and satisfaction in transwomen receiving breast augmentation: short- and long-term outcomes. *Arch Gynecol Obstet*. 2022;305(6):1517-24. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00404-022-06603-3>
17. Coroneos C, Selber J, Offodile A, Butler C, Clemens M. US FDA Breast Implant Postapproval Studies: Long-term Outcomes in 99,993 Patients. *Ann Surg*. 2019;269(1):30-6. DOI: <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000002990>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Conceptualización: Alicia María Tamayo Carbón.

Curación de datos: Alicia María Tamayo Carbón.

Análisis formal: Alicia María Tamayo Carbón y Diana Katherine Cuastumal Figueroa.

Investigación: Alicia María Tamayo Carbón y Diana Katherine Cuastumal Figueroa.

Metodología: Alicia María Tamayo Carbón y Diana Katherine Cuastumal Figueroa.

Supervisión: Alicia María Tamayo Carbón.

Validación: Alicia María Tamayo Carbón.

Visualización: Alicia María Tamayo Carbón y Diana Katherine Cuastumal Figueroa.

Redacción-borrador original: Alicia María Tamayo Carbón y Diana Katherine Cuastumal Figueroa.

Redacción-revisión y edición: Alicia María Tamayo Carbón y Diana Katherine Cuastumal Figueroa.