



Un seno a misura di swing

Non è un problema estetico, ma un problema di mobilità ed equilibrio. In casi estremi un intervento può aiutare a eseguire lo swing con più facilità

Tra i grandi insegnamenti che il golf ci imparte quotidianamente, vi è quello dell'*equilibrio*: il *troppo* ed il *poco* sono entrambi dannosi. Questa regola è valida ovunque, soprattutto nel corpo umano: l'obesità è patologica tanto quanto l'anoressia, muscoli atrofici e/o flaccidi sono patologici tanto quanto quelli di un body-builder.

L'estetica corporea è governata dai concetti di armonia ed equilibrio, laddove gli eccessi ed i difetti generano immagini paradossali. Nella donna, il seno (icona della femminilità per antonomasia) ha vissuto epoche di alterni entusiasmi: Marilyn Monroe e Sophia Loren sono state indicate come bellezze universali, così come Twiggy e Audrey Hepburn. Anche la geografia condiziona le tendenze: l'America predilige le "Big Boobs", il Brasile abbina la bellezza femminile al seno piccolo.

Nella donna golfista, attenta per sua natura a ciò che è equilibrato, è ancora una volta vero che "in medio stat virtus": se un seno troppo piccolo priverebbe l'immagine corporea dell'armonia femminile, un seno troppo grosso diventerebbe (oltreché sproporzionato) un vero e proprio impedimento all'esecuzione di un corretto gesto atletico così complesso come lo swing. Cosa deve fare, dunque, una donna golfista che desideri migliorare l'aspetto del proprio seno senza compromettere la dinamica dei propri colpi?

Dalle protesi mammarie alla liporistrutturazione

Le protesi mammarie esistono da circa 50 anni, sono passate attraverso bufere e tempeste, hanno conosciuto momenti di auge e grandi depressioni: tutto questo ha contribuito a sviluppare una ricerca sui materiali sempre più attenta, che ha permesso di eliminare una grossa percentuale dei problemi di 30-40 anni fa, e di ridurre a percentuali minime il rischio delle classiche complicazioni derivanti dal loro impiego, quali

la contrazione della capsula fibrosa, lo spostamento, la rottura o l'estrusione dell'impianto. Inoltre sono state molto migliorate le forme, le dimensioni, le proiezioni e i profili delle protesi: oggi è possibile scegliere una protesi "custom-made", integrata alla perfezione nelle misure e nella fisionomia della paziente, conferendo la massima naturalezza possibile al risultato. Utilizzando i materiali *top della gamma*, quelle orribili "palle appese al torace" di decenni addietro oggi sono solo un brutto ricordo. Ma la protesi resta un corpo *estraneo*, che al massimo può venire *tollerato* dal corpo umano, ma mai *integrato*.

Sono un validissimo presidio, che ci aiuta a ottenere risultati sempre più avanzati, ma non rappresentano il "golden standard", e arriverà probabilmente un giorno in cui verranno abbandonate e superate. Da cosa? Per esempio proprio dalla liporistrutturazione. L'impiego del grasso autologo (cioè prelevato dalla stessa persona) non è una novità: si esegue da decenni per risolvere varie problematiche di chirurgia estetica e si utilizza da secoli anche in chirurgia ricostruttiva, come innesto libero o peduncolato all'interno di lembi composti. L'idea di utilizzarlo per integrare il volume e la forma delle mammelle non è nuova, ma ha sempre incontrato limiti di sopravvivenza delle cellule adipose, di standardizzazione, ripetibilità e prevedibilità dei risultati.

La grande scoperta della ricerca multidisciplinare degli ultimi anni è stata l'identificazione all'interno del grasso umano di una cellula chiamata ADSC (Adipose Derived Stem Cell) che altro non è se non una cellula staminale autologa, non *coltivata* ma *pronta per l'uso*, con straordinarie capacità di riproduzione di qualsiasi tessuto del corpo umano.

Si è passati, dunque, dal termine di *lipofilling* (che sottintendeva il mero riempimento meccanico e volumetrico)

al termine di *liporistrutturazione* (intendendo una vera e propria rigenerazione dei tessuti): il grasso (inteso come cellula adiposa) è passato da protagonista del trapianto a comparsa, essendo niente più che un *carrier* delle ADSC, nuove vere star della chirurgia plastica.

L'intervento si esegue in anestesia locale, ambulatorialmente e senza ricovero: consiste in una banale e limitata lipos aspirazione (solitamente nella regione addominale) di poche decine di cc. di grasso, che deve essere opportunamente trattato (centrifugato, filtrato, depurato, ecc.) per eliminare ciò che non serve (olio, siero, ecc.), caricato in apposite siringhe dotate di microcannule, e re-iniettato nella mammella laddove si identifichi la necessità di integrazione tissutale; l'intervento termina con una medicazione contenuta, facilmente mascherabile sotto gli indumenti, che viene rimossa dopo pochi giorni. I risultati si evidenziano e stabilizzano nel corso delle settimane e mesi successivi. Le integrazioni volumetriche attualmente ottenibili sono ancora limitate, anche se la tecnica è ripetibile numerose volte. Non siamo ancora oltre le protesi mammarie: chi ha come modello Pamela Anderson non può che continuare ad affidarsi ad esse. Ma chi, come la donna golfista, ricerca risultati equilibrati, ha già a disposizione una valida alternativa.

Siamo all'*anno zero* di una nuova era, che ci porterà lontano, non solo in questo campo, ma in moltissimi altri territori della medicina. I primi risultati sono decisamente incoraggianti.

Franco Migliori - Socio AIMG
Specialista in Chirurgia Plastica Genova



Associazione Italiana Medici Golfisti
medicigolfisti@yahoo.it
www.medicigolfisti.it