

Técnica personal para mamoplastia de reducción y mastopexia con cicatriz vertical

Personal technique in vertical reduction mammoplasty and mastopexy



Villarreal Fierro, C.

Villarreal Fierro, C.*, Sanz García, S.*, Toledo Lucas, J.M.**,
García Cabeza, J.M.*, Díaz Gutiérrez, A.***

Resumen

La secuela que representa para la paciente la cicatriz resultante de una mamoplastia de reducción clásica en T invertida, nos animó a perfeccionar la técnica de cicatriz vertical, manteniendo una mama de aspecto natural y juvenil.

Presentamos una nueva técnica válida para reducción y pexia mamaria, de cicatriz vertical sin despegamiento cutáneo, con pedículo superior para el complejo areola pezón (CAP) semicircunferencial de diámetro en relación con el ascenso de dicho CAP, que es sencilla en su diseño y realización y aplicable a gigantomastias y ptosis grado III. Provee unos resultados estéticos a largo plazo muy buenos y presenta una baja incidencia de complicaciones intra y postoperatorias.

Nuestra experiencia es de 152 pacientes en los últimos diez años, con reducciones entre 200 y 1750 gr. de tejido mamario, en pacientes con reducciones mamarias bilaterales y unilaterales para simetrización de reconstrucciones mamarias.

Abstract

Inverted T scar after classical reduction mammoplasty is an important sequelA that encouraged us to improve breast reduction, trying to keep a youthful and natural breast.

We present a new technique as much for breast reduction as for mastopexy, with a vertical scar, not undermining the skin and using a hemicircunferencial superior pedicle correlated to the movement of nipple areola complex. It is also easy to plan and perform, and indicated in very large breasts and severe ptosis. Long-lasting esthetic results are very good with low incidence of intra and postoperative complications.

In a personal serie of 152 patients operated during last ten years, we got breast resections between 200 and 1750 gr in bilateral and unilateral procedures.

Palabras clave Mamoplastia de reducción vertical.
Pedículo superior hemicircunferencial
Código numérico 52102-52104

Key words Vertical Reduction mammoplasty. Dermal hemicircunferencial superior pedicle
Código numérico 52102-52104

* Médico Adjunto. Servicio de Cirugía Plástica. Hospital 12 de Octubre. Madrid (España)

** Médico Adjunto. Servicio de Cirugía Plástica. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca (España)

*** Médico Residente. Servicio de Cirugía Plástica. Hospital 12 de Octubre. Madrid (España)

Introducción

Lassus (1), en 1964, siguiendo los principios de Skoog (resección en bloque central de la piel, grasa y glándula mamaria, sin despegamiento cutáneo y transposición del complejo areola – pezón (CAP) con pedículo dermocutáneo superior o lateral) termina la mamoplastia reductora con cicatriz vertical. Este autor se basaba además en una técnica de mastopexia con cicatriz vertical descrita en 1925 por Dartigues, que en 1957 Arie aplicó ya a las hipertrofias mamarias pequeñas.

Para las hipertrofias mamarias grandes cuando la cicatriz vertical era inferior al surco submamario, añadía una cicatriz horizontal corta aunque posteriormente modificando la técnica, mantenía la cicatriz vertical por encima del surco submamario.(2).

Lejour popularizó la mamoplastia vertical asociando liposucción antes de la resección, con despegamiento cutáneo y remodelación mamaria y manteniendo la parte inferior de la cicatriz vertical por encima del surco submamario (3).El pedículo superior para el CAP se marca según su técnica sin patrón alguno, aunque algunos autores han tratado de utilizar instrumentos para hacerlo más sencillo.(4).

Hall-Findlay (5) describió una mamoplastia vertical sencilla de realizar utilizando un patrón de Wise para el marcaje preoperatorio de un pedículo medial y resección en bloque de piel y mama sin despegamiento cutáneo, que sólo era aplicable a pequeñas reducciones.(6).Asplund (7) también describió un colgajo glandular medial para transponer el CAP, para resecciones de aproximadamente unos 600 gr.

La técnica que describimos en el presente trabajo es una nueva modificación que aumenta la seguridad

del pedículo superior al ser la base igual a la altura del colgajo y no la mitad como tradicionalmente se considera.(2).Por ello puede aplicarse con seguridad a cualquier grado de ptosis mamaria.

Material y Método

Realizamos el marcaje en bipedestación.El nuevo CAP, del diámetro deseado (habitualmente entre 35 y 45 mm) se coloca a una altura que varía dependiendo de las características de la paciente, entre 21 a 23 cms desde el manubrio esternal.

El borde inferior de resección cutánea se sitúa al menos 2 cm por encima del surco inframamario original.En grandes resecciones se puede llegar a ascender 5-6 cm.

Realizamos el marcaje para la nueva localización del CAP siguiendo un patrón personal hemicircunferencial que es la base del pedículo para el CAP y cuyo diámetro varía entre 6 y 12 cm según los casos (Fig 1, 2). Posteriormente se marca el área de piel y tejido glandular que será reseca, manteniendo una proporción ente la base del pedículo (A) y la anchura máxima de la resección glandular (B) de 1-2. La forma de esta escisión es de corazón y la anchura varía dependiendo de la cantidad de tejido mamario que deseamos extirpar.

El procedimiento en nuestra práctica se realiza bajo anestesia local con sedación o bajo anestesia general.

Comenzamos desepitelizando el pedículo del CAP.Posteriormente se reseca la piel restante hasta completar el área marcada previamente en forma triangular o de corazón y el tejido mamario hasta fascia prepectoral. La resección se realiza en cuña, con

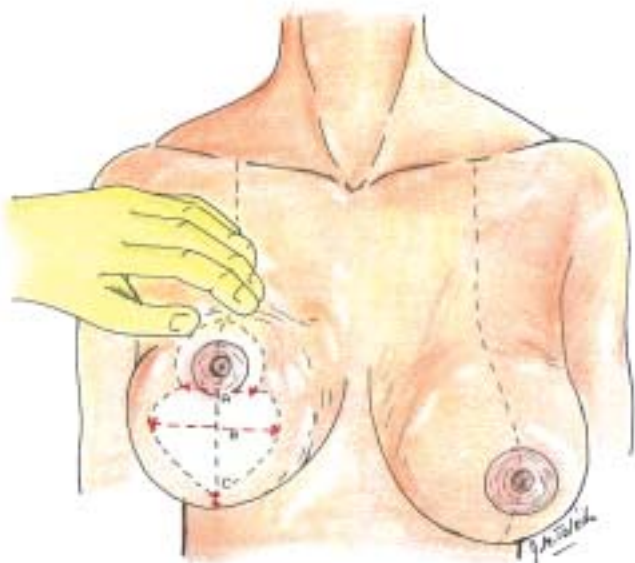


Fig. 1: Paciente de pie con marcaje del patrón siendo la distancia B = 2A. La punta inferior marcada (C) está a 2 cms. del surco submamario natural.

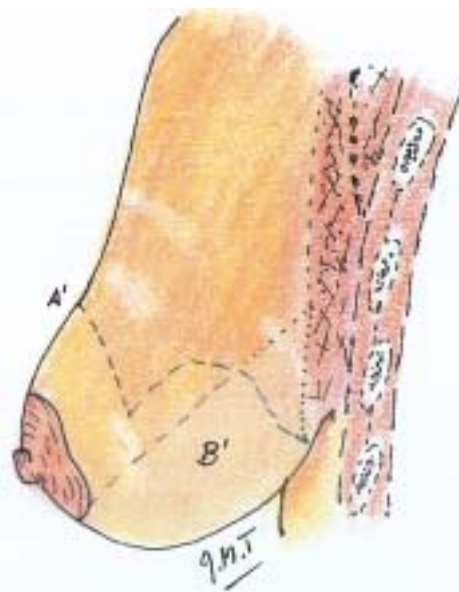


Fig. 2: Aspecto lateral del marcaje de la técnica. A': Punto de fijación la areola. B': Área de disección hasta fascia pectoral siendo el límite el borde inferior areolar.

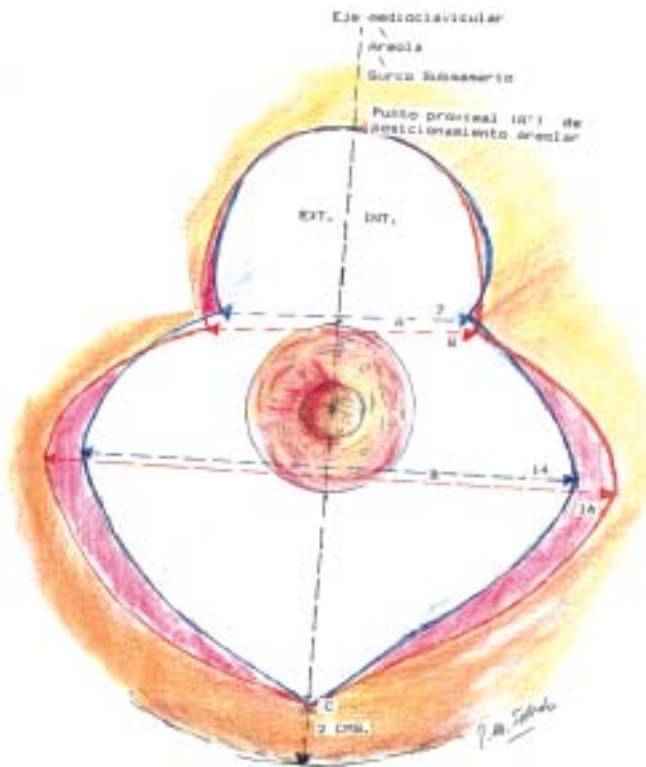


Fig. 3: Marcaje progresivo dependiendo de la resección de tal forma que $B = 2A$ y C se mantiene en 2 cms.

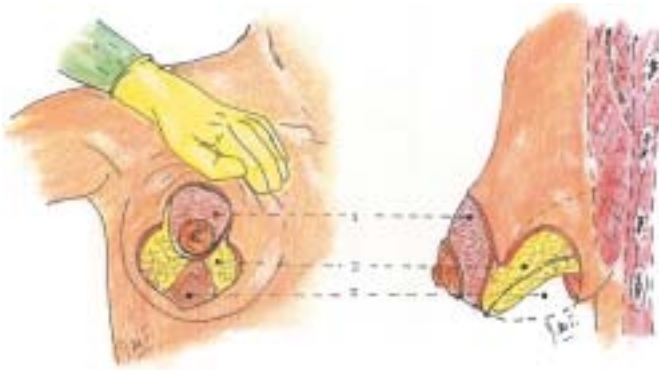


Fig. 4: Se muestran planos de actuación. 1. Pedículo superior desepidermizado. 2. Área de piel reseca. 3. Resección triangular en bloque de todos los planos hasta llegar a fascia pectoral.

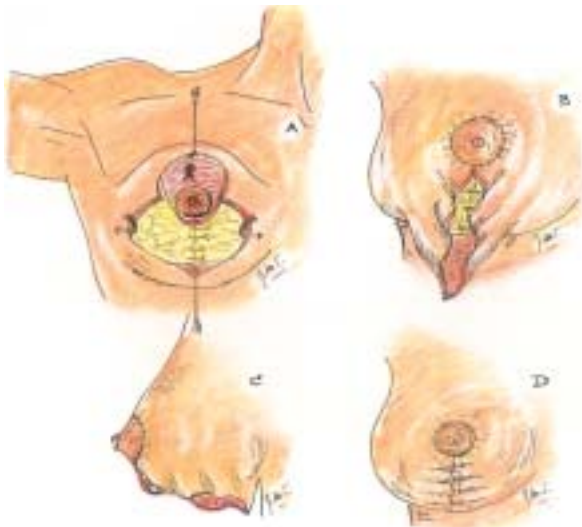


Fig. 5: A. Remodelación de tejido mamario y sutura de Areola a su sitio definitivo. Piel redundante inferior. B. Aspecto anterior. C. Aspecto lateral. D. Sutura vertical única con plicatura de la piel redundante en 2 ó 3 bolsas de tabaco.

el vértice a nivel del surco submamario y la base por debajo del pezón, respetando el tejido mamario a ambos lados (Fig 3, 4). En grandes hipertrofias se reseca más del lado externo.

Tras realizar una hemostasia cuidadosa se procede al montaje preliminar de la mama en forma esférica, lo que nos permite modificar si fuera necesario la cantidad de tejido que debemos resecar. Terminamos colocando el CAP en su localización definitiva. El borde superior de la areola no debe pasar del surco submamario. El excedente cutáneo de piel se remodela mediante plicatura con puntos de colchonero horizontal a lo largo de la cicatriz vertical. (Fig. 5). Colocamos drenajes aspirativos sistemáticamente durante 24-48 horas y utilizamos vendaje moderadamente compresivo durante 2-3 días.

Han sido intervenidas con esta técnica 152 pacientes a lo largo de los diez últimos años, con edades comprendidas entre los 15 y 60 años, siendo la media de 35.3. De ellas 55 requirieron únicamente mastopexia, mientras el resto precisaron además reducción de tejido mamario de entre 200 y 1750 gr de cada mama.

Esta técnica permite una elevación del CAP de más de 20 cm sin sufrimiento alguno del mismo.

Resultados

El resultado estético en nuestras pacientes al año de la intervención es muy bueno obteniendo una proyección anteroposterior de la mama y una forma en gota de agua con conservación de la sensibilidad de la areola-pezón en cualquier tipo de mamas (hipertroficas y gigantomastias). (Fig. 6-9)

Las complicaciones han sido:

- Cicatrización por segunda intención de pequeñas áreas en las zonas de sutura en bolsas de tabaco.
- Cicatrices ensanchadas que pueden requerir revisión al año.
- Sufrimiento o necrosis parcial del CAP. (No hemos sufrido ninguna necrosis completa del CAP a pesar de haber intervenido algunas pacientes muy fumadoras y haber realizado ascensos del CAP de hasta 20 cm).
- Hematomas.
- Seromas.

El 10% necesitaron nueva intervención para retoque estético que consistió en liposucción del surco submamario, revisión de cicatriz vertical y en algún caso nueva mastopexia o reducción.

Discusión

La ventaja de la mamoplastia de reducción con cicatriz vertical es permitir grandes reducciones de

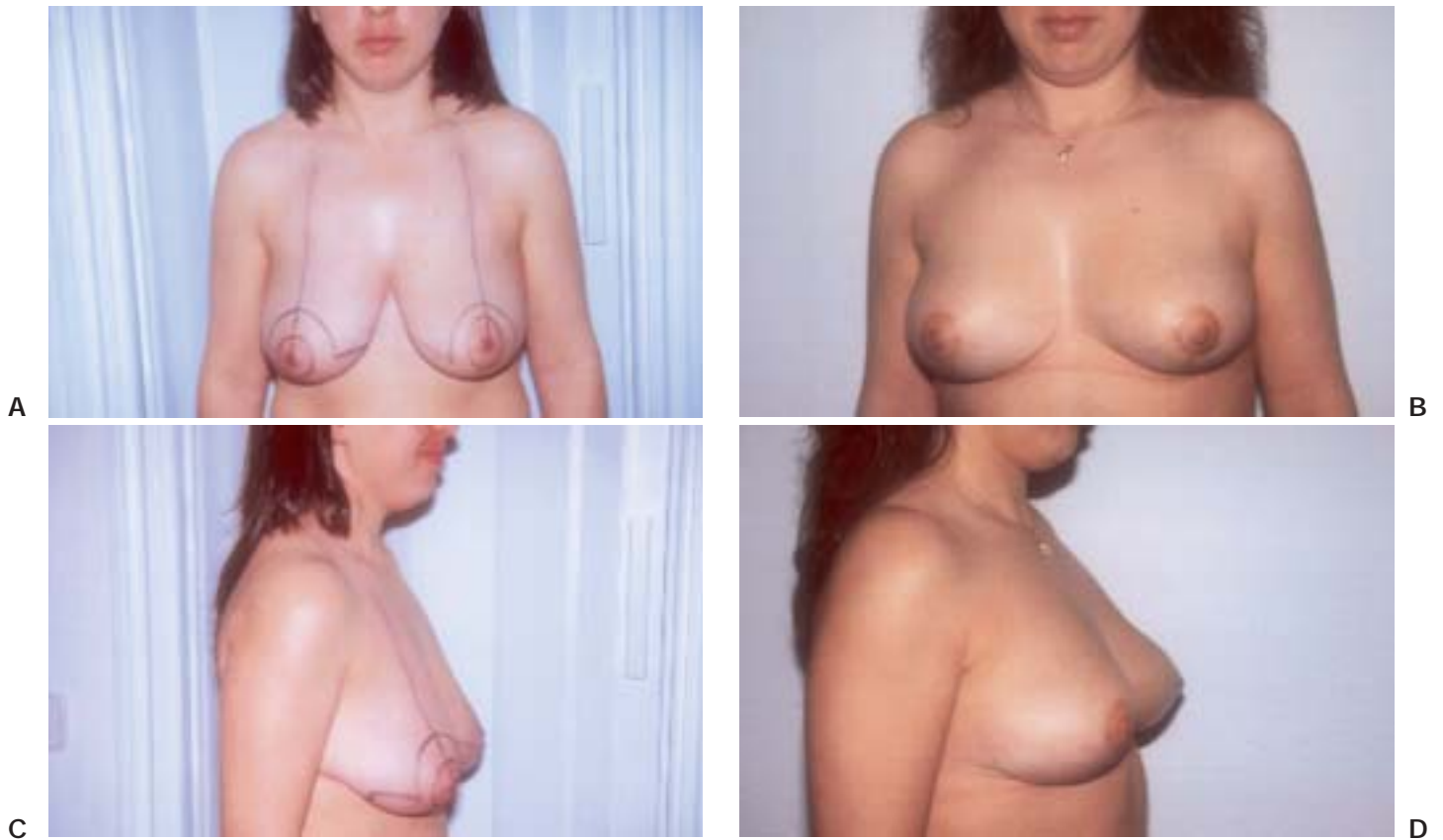


Figura 6: Caso 1; Pexia mamaria bilateral
A. Vista de frente, preoperatorio. B. Vista de frente, postoperatorio al año de la intervención. C. Vista lateral, preoperatorio. D. Vista lateral, postoperatorio al año de la intervención.



Figura 7: Caso 2; Resección mamaria de 550 gr.
A. Vista de frente, preoperatorio. B. Vista de frente, postoperatorio al año de la intervención. C. Vista oblicua, preoperatorio. D. Vista oblicua, postoperatorio al año de la intervención.



Figura 8: Caso 3; Resección mamaria de 820 gr.

A. Vista de frente, preoperatorio. B. Vista de frente, postoperatorio al año de la intervención. C. Vista lateral, preoperatorio. D. Vista lateral, postoperatorio al año de la intervención

tejido mamario con una técnica sencilla, de forma segura y con buenos resultados en el contorno y proyección mamaria a largo plazo. Sí es importante destacar que aunque inicialmente el polo mamario inferior presenta poco volumen, a las 6-8 semanas del postoperatorio la forma ya es muy buena.

La seguridad de la técnica se basa en el no despegamiento de los colgajos cutáneos lo que disminuye riesgo de necrosis cutánea, seroma, hematoma o infección.(1) y en la seguridad de la viabilidad del pedículo dada su relación anchura-longitud (8).

La importancia de no tener cicatriz submamaria compensa los retoques que puedan ser necesarios por escasa retracción de los pliegues de la cicatriz vertical o ensanchamiento de la misma en los casos de las grandes reducciones, que pocas veces son necesarios en mastopexias o hipertrofias mamarias moderadas. Además dichos retoques suelen ser realizados bajo anestesia local.

El ascenso del surco submamario en el diseño de la técnica en función del tamaño de la mama, llegando a ascender 6 o incluso 7 cm ya fue descrito por Lassus (2) para facilitar que la cicatriz vertical final esté por encima del mismo.

El sobrepeso de la paciente está en relación con el grado de hipertrofia mamaria (3) y con la más frecuente aparición de otras importantes complicaciones como son la necrosis grasa y cicatrización retardada. (9).

Por último comentar que, coincidiendo con otros autores, esta es una técnica que puede emplearse para mamoplastias secundarias después de haber realizado otras técnicas (10).

Conclusiones

La técnica propuesta permite resecciones mamarias muy importantes con transposición del CAP, con buenos resultados a largo plazo y mínimos retoques que se pueden realizar bajo anestesia local.

Dirección del autor

Dr. Carlos Villarreal Fierro
C/ Gasómetro 6-2º B
28005 Madrid. España



Figura 9: Caso 4; Resección mamaria de 425 gr.

A. Vista de frente, preoperatorio (hipertrofia moderada y ptosis grado III). B. Vista de frente, postoperatorio a los tres años de la intervención. C. Vista de frente, postoperatorio a los tres años de la intervención, elevando los brazos para ver la cicatriz vertical. D. Vista oblicua, preoperatorio. E. Vista oblicua, postoperatorio a los tres años de la intervención.

Bibliografía

1. **Lassus, C.:** "A 30-year experience with vertical mammoplasty" *Plast and Reconstr Surg.* 1996; 97(2):373.
2. **Lassus, C.:** "Update on vertical mammoplasty". *Plast and Reconstr Surg.* 1999; 104 (7):2289.
3. **Lejour M.:** "Evaluation of fat in Breast Tissue Removed by vertical mammoplasty". *Plast and Reconstr Surg.* 1997; 8(2):386.
4. **Paloma V., Samper, A., Sanz, J.** "A simple device for marking the areola in Lejour's mammoplasty". *Plast and Reconstr Surg.* 1999; 102 (6): 2134.
5. **Hall-Findlay, E.J.(C).** "A simplified vertical reduction mammaplasty: shortening the learning curve". *Plast and Reconstr Surg.* 1999; 104 (3): 748.
6. **Beer, GM, Morgenthaler, W. Spicher, I Meyer, VE.** "Modifications in vertical scar breast reduction". *Br J. Plast Surg* 2001; 54 : 341.
7. **Asplund OR. Davies.DM.:** "Vertical scar breast reduction with medial flap or glandular transposition of the nipple-areola". *Br J. Plast Surg* 1996; 49: 507.
8. **Lejour M.** "Vertical mammoplasty: update and appraisal late results". *Plast and Reconstr Surg.* 1999; 104 (3):771..
9. **Lejour M.** "Vertical mammoplasty: early complications after 250 personal consecutive cases". *Plast and Reconstr Surg.* 1999; 104 (3): 764.
10. **Lejour M.:** "Vertical mammoplasty as secondary surgery after other techniques". *Aesth Plast Surg.* 1997; 21: 403.

Comentario al trabajo «Técnica personal para mamoplastia de reducción y mastopexia con cicatriz vertical»

Dra. Manuela Berrocal Revueltas
Profesora titular de Cirugía Plástica. Facultad de Medicina. Cartagena de Indias (Colombia)
Secretaría General de la FILACP

La Mamoplastia Reductora es sin lugar a dudas una de las causas más frecuentes de consulta en la práctica diaria de todo Cirujano Plástico y comparto como muchos colegas, el pensamiento expresado por la Dra. Lejour cuando afirma: “ el problema de las cicatrices a veces parece no tener mucha importancia para el Cirujano, pero siempre es muy importante para las pacientes”.

Felicito a los autores por el desarrollo de este método, que si bien es cierto, no aporta resultados novedosos significativos diferentes a los presentados por Lassus y Lejour en relación con la cicatriz vertical, refleja el enorme interés de estos colegas para solucionar las necesidades insatisfechas de las pacientes con problemas de hipertrofia mamaria.

Por tal motivo, considero de interés general para nuestra especialidad el trabajo de los doctores Carlos Villarreal Fierro y Colaboradores del Hospital 12 de Octubre de Madrid, sobre este nuevo método para Momoplastia de Reducción y Mastopexia con Cicatriz Vertical, como una alternativa más dentro del concepto de cicatrices mínimas, el cual tiene cada vez mayor aceptación y valoración por las pacientes.

Cabe señalar que el diseño de la técnica sobre la piel en forma de corazón, parece de gran sencillez con base en el concepto de los autores; sin embargo, considero de gran importancia señalar como se realiza el

plano de resección glandular en bloque a la hora de definir los dos pilares medial y externo para remodelar el nuevo cono mamario, al igual que conocer, si se realiza resección de las bases de los pilares para igualarlos, en el caso de grandes hipertrofias, logrando con ello mejorar la proyección.

Afirman los autores que: “ el borde inferior de resección cutánea se sitúa al menos 2 cm. por encima del surco inframamario original. En grandes resecciones, se puede llegar a ascender de 5 a 6 cm”. Sería de gran interés conocer ¿Cuál es la longitud final de la cicatriz vertical en dichos casos?.

Para quienes desempeñamos labores docentes – asistenciales en nuestra especialidad, es una de las prioridades potenciar y motivar a las nuevas generaciones de cirujanos plásticos en el desarrollo de protocolos de investigación que permitan mostrar resultados cuantificables a medio y largo plazo, en el área de la investigación clínica, razón por la cual, tengo a bien recomendar a los autores mejorar y estandarizar las fotografías pre, trans y post operatorias de las pacientes, a fin de facilitar la evaluación de los resultados y el aprendizaje del método.

Mis agradecimientos a la Dra. M^a Mar Vaquero y al Comité de Redacción de la Revista, por la confianza depositada para la evaluación de este interesante trabajo.

Respuesta al comentario de la Dra. Berrocal

Dr. C. Villarreal Fierro

Agradecemos sinceramente los comentarios de la Dra. Manuela Berrocal Revueltas, Secretaria General de la FILACP, a la técnica personal para mamoplastia de reducción y mastopexia con cicatriz vertical.

Lo que considero importante de esta técnica, es la sencillez de su diseño, la resección en cuña, la forma en gota de agua, su proyección antero – posterior que se mantiene a largo plazo, así como la consistencia mamaria que se aprecia cuando no se despegan los tejidos de los pilares medial y lateral.

Por último quiero recalcar que lo novedoso de esta

técnica, es que permite la elevación del CAP más de 20 cm sin sufrimiento alguno del mismo, debido al ancho del pedículo que puede ser de entre 6 y 12 cm según el tamaño de la mama a reducir, ya que en otras técnicas no se puede conseguir esta elevación.

En lo referente al tamaño de la cicatriz resultante, varía según los casos; en mastopexias simples y reducciones moderadas el tamaño de la cicatriz está entre 7 y 8 cm., en hipertrofias mamarias grandes y gigantomastias la longitud puede llegar a ser de entre 8 y 11 cm.