

Gigantomastia y mamoplastia reductiva en adolescentes. Valoración a largo plazo

Dr. Ignacio Trigos-Micoló

RESUMEN

Se presenta un grupo de 53 pacientes con gigantomastia y mamoplastia reductiva bilateral antes de los 19 años de edad con técnica de pedículo inferior central y extirpación de 1,520 a 3,040 g (media de 1,710 g) con un seguimiento de cinco a once años. Se aplicó una encuesta que mostró un 100% de satisfacción por el procedimiento realizado, mejoría de las molestias físicas, imagen corporal y confianza en sí mismas; el 95% volvería a someterse a la intervención quirúrgica; 93% recomendó el procedimiento a otras pacientes; el 76% se casó en matrimonio estable, y 53% han tenido al menos un embarazo a término. El 64% lactó sin problemas; 11% manifestó algún grado de crecimiento mamario después de la cirugía sin relación con embarazo. En la valoración tardía, el 76% tuvo elongación de la cicatriz vertical y de todo el hemisferio inferior de la mama, con flacidez y pérdida del volumen superior de la mama; 40% manifestó disgusto tolerable e inconformidad con las cicatrices resultantes, y el 30% refirió sensibilidad disminuida en el pezón, sin ser causa de queja. Al término de sus embarazos, el 13% fue reoperado para corregir la forma, segunda intervención que se consideró como mastopexia puramente estética y en una se colocó implantes mamarios subpectorales como complemento.

Palabras clave: Gigantomastia, adolescentes, mamoplastia reductiva, evolución, seguimiento.

INTRODUCCIÓN

Las mamas en las mujeres no sólo son manifestaciones propias de la feminidad y la sexualidad, representan también un sitio de patología frecuente y pueden ser causantes de alteraciones orgánicas, físicas y psicológicas severas. La gigantomastia juvenil (más de 1,000 mL de volumen en cada mama) es un ejemplo frecuente de estas alteraciones mamarias y sus repercusiones se manifiestan en todas las esfe-

SUMMARY

Fifty-three teenagers with gigantomastia and reduction mammoplasty performed before they were 19 years old with an inferior central pedicle flap technique and resection of 1,520 to 3,040 g (mean of 1,710 g) and follow up from five to eleven years are presented. A questionnaire showed 100% satisfaction with the procedure, improvement in physical upset, body image and self confidence; 95% of them would have the same surgery again. 93% have recommended the procedure to other patients; 76% are now married and 53% have had at least one baby. 64% were able to breast feed normally. Long-term evaluation, showed 76% had vertical scar and the inferior mammary hemisphere elongation, with flaccidity and upper mammary loss volume; 40% declared tolerable disgust and discomfort with the resulting scars, and 30% had hypoesthesia in their nipples without reason for complaining. At the end of their pregnancies, 13% was operated again to correct form, this second surgery was considered strictly aesthetic and one patient had mammary subpectoral implants put in; placed as a complement.

Key words: Gigantomastia, teenagers, reduction mammoplasty, evolution, follow-up.

ras. Las pacientes adolescentes con crecimiento exagerado de sus glándulas mamarias, (*Figura 1*) se ven afectadas en su autoimagen con limitación de sus actividades físicas, deportivas y sociales, además de padecer de molestias y dolor en el cuello, espalda y en la tira del brassiere en el hombro, e incluso tener alteraciones de la columna cervical y torácica, pero sobre todo se ven afectadas en el desarrollo de su propia personalidad en una etapa determinante de la vida. La mamoplastia reductiva es un procedimiento adecuado para este tipo de pacientes (*Figura 2*).

Si consideramos que la mama ideal en nuestro medio, es aquella que se encuentra en el tórax en su posi-

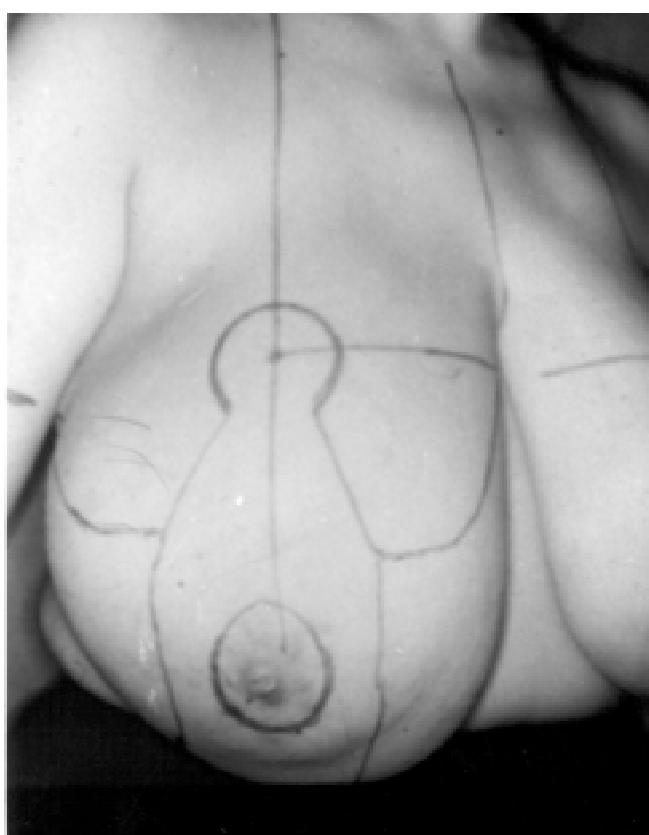


Figura 1. Gigantomastia juvenil. Mama hipertrófica péndula, con areola pezón a 32 cm de la horquilla esternal y volumen de 1,800 mL en una paciente de 1.61 cm de talla y 71 kg de peso.



Figura 2. Gigantomastia juvenil (preoperatoria). Ejemplo de paciente tipo.

ción correcta respecto al biotipo de la paciente, con una forma agradable, libre de patología y con un volumen aproximado de $350 \text{ mL} \pm 15 \text{ mL}$, se tendrá parámetros adecuados para considerar a las desviaciones de éstos como alteraciones de la forma o del volumen.¹ Con fi-

nes didácticos y realistas, consideramos como «gigantomastia» a la glándula mamaria que contiene como mínimo el doble del volumen normal (más de 750 y menos de 1,000 mL) y como «gigantomastia» a las que tienen el triple ideal (1,000 mL o más).

Este trabajo tiene como objetivo presentar una evaluación tardía del efecto que la mamoplastia reductiva, independientemente de la técnica quirúrgica empleada, ha tenido sobre una serie de pacientes adolescentes con gigantomastia.

MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyó a 53 pacientes del sexo femenino con gigantomastia, intervenidas quirúrgicamente por el mismo cirujano entre 1988 y 1994 de mamoplastia reductiva con técnica de pedículo inferior central^{2,3} (Figura 3) antes de los 19 años de edad, con un seguimiento y control de cinco a 11 años. Para conocer su pensamiento y documentar su evolución, se llevó a cabo una encuesta por medio de un cuestionario que fue contestado espontáneamente, mismo que incluyó datos específicos de la intervención realizada, así como de la evolución mediata y tardía, constando de cinco secciones: las tres primeras para ser llenadas por el cirujano y las dos últimas en conjunto con la paciente (Cuadro I).

Los resultados obtenidos se presentaron siguiendo el esquema del cuestionario dividido por secciones.

RESULTADOS

Datos preoperatorios

La talla de las pacientes varió de 1.46 a 1.67 m de estatura, con una media de 1.54. La edad promedio al momento de la cirugía fue de 18.2 años (16.2 a 19.8). El peso fue de 56 a 74 kg, con una media de 62.8 kg, marcando una tendencia al sobrepeso en general. La sintomatología predominante fue dolor y fatiga en columna cervical y torácica en 34 pacientes (64.6%). Seis (11.4%) presentaron irritación de la piel o intertrigo en el hemisferio inferior de la mama y dos de ellas también lo tenían en la piel del tronco por debajo del surco submamario.

En la esfera psicoemocional, 51 (96.2%) mencionaron descontento por el busto grande y 34 (64.6%) dijeron haber sido objeto de «bromas y burlas» al respecto. La inseguridad social se manifestó en todas y la manifestación más común fue en el tipo de ropa utilizada, siendo siempre floja y grande. En 44, (83.6%) se encontró resistencia a utilizar ropa deportiva, traje de baño y vestidos escotados, y las actividades deportivas estuvieron restringidas y relacionadas con la imagen de obesidad y busto grande en 45 (85.5%).

Cuadro I. Cuestionario para mamoplastia de reducción (Adolescentes).**1.- Preoperatorio:**

Nombre _____

Talla _____

Edad _____

Peso _____

Peso actual _____

Der.

Izq.

Sintomatología _____

Distancia _____

Dolor en columna _____

Forma _____

Acomplejada _____

Volumen (mL) _____

Inseguridad _____

Otra patología _____

2.- Transoperatorio: Técnica empleada

Der.

Izq.

Volumen total resecado (g): _____

Resultado inmediato _____

Estudio histopatológico _____

Complicaciones _____

3.- Evolución mediata (100 días):

Condiciones _____

Satisfacción _____

Dolor _____

Imagen corporal _____

Cicatrices _____

Sensibilidad _____

Se cumplieron las expectativas: _____

Der.

Izq.

Distancia _____

Forma _____

Volumen _____

4.- Evolución tardía (5 años o más):

Edad _____

Peso actual _____

Satisfacción _____

Der.

Izq.

Distancia _____

Forma _____

Volumen _____

Consistencia _____

Sensibilidad _____

Otra patología _____

Embarazos _____

Nº _____

Tiempo _____

Peso máximo _____

Crecimiento _____

Lactancia _____

Problemas _____

5.- Valoración de la paciente:

Justifica su mastoplastia: _____

La ha recomendado: _____

Se volvería a operar: _____

Cambió su vida en algo: _____

Mejoró su sintomatología: _____

Qué no le gusta: Forma _____

Tamaño _____

Cicatrices _____

Sensibilidad _____

Cambio durante y después del embarazo _____

Qué problemas ha tenido con el busto _____

Otros comentarios _____

La exploración física en el preoperatorio mostró que la distancia horquilla esternal pezón varió de 25.2 a 32 cm, con una media de 27.6. La forma encontrada en todos los casos mostró bustos péndulos con hipertrofia y ptosis grado III y IV (*Figura 1*). Los volúmenes encontrados unilateralmente variaron de 1,000 a 1,900 mL, con una media por mama de 1,200 mL, sin encontrar significativa predominancia de un lado sobre el otro a pesar de que la asimetría moderada fue la regla (*Figura 2*).

Datos transoperatorios

La reducción practicada, (pedículo inferior) (*Figura 3*) arrojó resecciones bilaterales variables entre los 1,520 y 3,040 g, con una media de 1,710 gramos extirpados de ambas mamas. En forma individualizada por mama, la menor resección fue de 740 y la mayor de 1,630, con una media de 805 g. Veintitrés pacientes (43.7%) tenían patología asociada, con fibrosis intersticial y mastopatía fibroquística. En dos (3.8%) se reportó adenomas mamarios pequeños y no hubo reportes de tumoraciones malignas.

En la evolución postoperatoria inmediata, (antes de 21 días) la alteración más frecuente fue dehiscencia cicatricial en el sitio de unión de la cicatriz vertical con la inframamaria en 39 (37%) de las 106 mamas operadas. Esta dehiscencia fluctuó entre 1.2 a 3.1 cm² de superficie.

Evolución mediata (100-120 días)

Las áreas cruentas resultantes de las dehiscencias arriba señaladas, siempre epitelizaron por segunda intención antes de la quinta semana de evolución; el área permaneció enrojecida hasta por 100 a 115 días del postoperatorio. En 14 mamas (13.8%) se desarrolló cicatriz local más notoria.

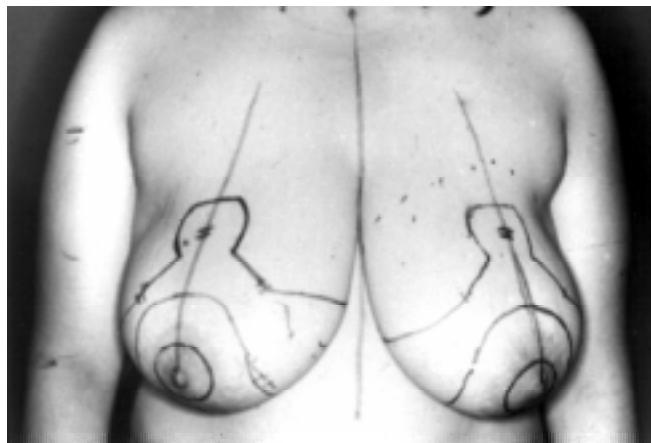


Figura 3. Planeación preoperatoria de pedículo inferior en gigantomastia juvenil. (Trigos, 1995).

En cuanto a las cicatrices resultantes del procedimiento, se encontró cicatrices hipertróficas bilaterales en nueve pacientes, (17.1%) más evidentes primero en el área inframamaria, luego en la periareolar y escasa en la cicatriz vertical. Tres pacientes fueron reintervenidas después de un año del postoperatorio para revisión de cicatrices defectuosas, con franca mejoría en dos de ellas.

La valoración de la sensibilidad del complejo areola pezón fue difícil, ya que las pacientes mostraron poco interés al respecto en esa etapa de su evolución postoperatoria; sin embargo, 16 pacientes (30.4%) mencionaron hiposensibilidad sin poder especificar el cambio con relación al preoperatorio.

Evolución tardía

Treinta y siete pacientes (80.3%) registraron disminución del peso corporal con un promedio de 3.8 kg (2.4%) menos que en el preoperatorio, a pesar de haber sido valoradas cinco años después como tiempo mínimo. El 100% manifestó satisfacción con el procedimiento efectuado y con el resultado obtenido, justificando todas su intervención, ya que mejoró su sintomatología e imagen corporal, y así tuvieron motivación extra para bajar de peso y realizar actividades físicas antes restringidas (*Figuras 4a y 4b*). El 95% se volvería a operar y el 93.1% ha recomendado la cirugía a otras pacientes. La insatisfacción más consistente a largo plazo se refirió al cambio tardío de la forma de sus mamas, en donde la elongación del hemisferio inferior con pérdida de volumen en el hemisferio superior de la mama y la flacidez resultante en sus mamas (*Figura 5*), se presentó en 40 pacientes (76%).

En la re-exploración física tardía, se encontraron datos comparativos con el postoperatorio inmediato, con buena posición del complejo areola pezón entre 20.5 y 21 cm de la horquilla esternal en el 93.3% de las pacientes. Dos (3.8%) presentaron imagen de complejos areolomiliares discretamente altos (19.7 y 20.2 cm). Una paciente, después del primer año de operada, presentó crecimiento significativo del busto, por lo que a los veintiún meses de la primera operación fue reintervenida, habiéndosele resecado 540 g más de ambas mamas. Su evolución ulterior fue satisfactoria, así como la revaloración en su re-exploración física. En seis pacientes (11.4%) se encontró crecimiento moderado del busto, con variación entre el 10 y 15%, con una media de 11% del volumen dejado en el postoperatorio, sin tener relación con cambios de peso o embarazo. La paciente con el crecimiento máximo fue la reoperada.

En relación con embarazos, 28 pacientes (53.2%) lo tuvieron por lo menos en una ocasión. Durante los

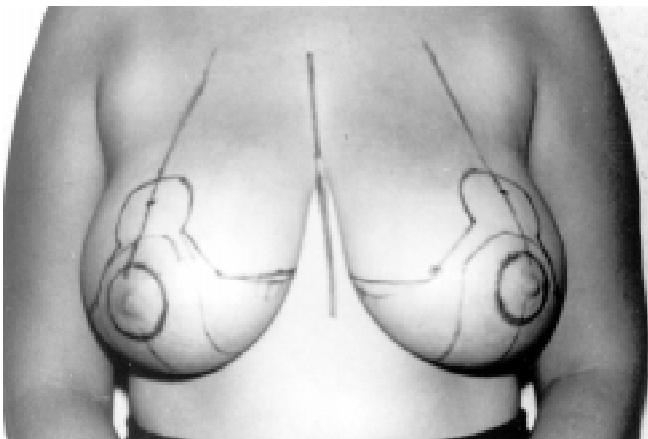


Figura 4A.



Figura 5A.



Figura 4B.



Figura 5B.



Figura 4C.

Figura 4, A, B y C. A) Planeación preoperatoria. B) y C) Resultado obtenido cuatro años después en la misma paciente, con un embarazo a término año y medio antes de la fotografía.



Figura 5C.

Figura 5, A, B y C. A) Preoperatorio. B) y C) Tipo más frecuente de deformación secundaria de las mamas reducidas observado a largo plazo.

mismos, todas experimentaron aumento normal de volumen e involucionaron secundariamente. Dentro de este grupo, la lactancia fue practicada sin problemas por 18 (64.3%).

Respecto a la sensibilidad del complejo areola pezón, valorada tardíamente, hubo 16 pacientes (30.4%) que manifestaron hipoestesia y poco reflejo de erección a la estimulación; sin embargo, ninguna refirió anestesia o le concedió importancia al hecho.

En la valoración conjunta entre cirujano y pacientes, cabe destacar el considerable hallazgo de alteración del volumen del busto después del segundo embarazo. De las 11 pacientes con dos o más embarazos, se encontró una variada disminución del volumen mamario actual contra el dejado en el postoperatorio antes de los embarazos. Esta disminución fluctuó entre el 9 y 14% del volumen calculado entre ambas etapas. Las pacientes sin embarazos mantuvieron estable su volumen.

En 40 pacientes (76%) se encontró una deformación tardía de las mamas, dada por la elongación dérmica de los cuadrantes inferiores de la mama, cuya cicatriz original se dejó un máximo 6 cm, y a los cinco años se encontró elongada hasta 8.2 cm (34.8%), como promedio de todos los casos (7.3 a 9 cm), con aplanamiento superior de la mama y flacidez. Este hallazgo fue mayor en el grupo de pacientes con embarazos, aunque también se presentó en aquellas que no se embarazaron.

Del total de 53 pacientes, 11 (20.9%) tuvieron tratamiento quirúrgicos secundario en la misma región mamaria. Tres se reoperaron para corregir cicatrices; una requirió nueva reducción por crecimiento secundario y siete decidieron que se efectuara una corrección secundaria tipo mastopexia, para mejorar la forma y recuperar la firmeza al término de su etapa reproductiva. En ningún caso se efectuó resección extra de tejido y en una paciente se colocó implantes mamarios de gel de silicón texturizado redondo de perfil alto de 180 mL.

COMENTARIO

La reducción mamaria es un procedimiento quirúrgico ampliamente difundido que pretende mejorar la forma y posición de la mama, disminuir su volumen, minimizar las molestias físicas y mantener la función glandular. En el caso de las pacientes adolescentes, se pretende además reforzar su autoimagen, autoestima y confianza personal, por lo que en las adolescentes es un procedimiento altamente recomendable, especialmente si se logra conservar la función mamaria.

En la literatura internacional existe una amplia gama de artículos respecto a la reducción mamaria, pero la mayoría se refiere a técnicas quirúrgicas y a su planeación.¹⁻¹⁰ De esta gama y por su difusión, mencionamos aquellas técnicas que promueven el injerto libre del complejo areolomamilar,^{4,5} para enfatizar su proscripción, en el caso de estas pacientes en quienes como se mencionó, se debe conservar la función, y esa técnica no lo logra.

En la evolución histórica de la mamoplastia de reducción consideramos a McKissock,⁸ como el pionero que nos permite obtener una adecuada reducción, especialmente en gigantomastia y conservar la función, ya que a partir de la publicación de su técnica, se liberó la limitación de subir más de 6 o 7 cm la posición del complejo areola pezón, como se tenía anteriormente con las técnicas de Strömbeck,⁶ o de Skoog.⁷ Ulteriormente y a partir de la idea del pedículo vertical, se desarrollaron las técnicas de pedículo inferior, introducidas por Robbins¹ y Courtiss.² El problema de grandes desplazamientos superiores del complejo areola pezón fue amplia y satisfactoriamente resuelto con esas técnicas, preservando la sensibilidad y función mamarias. En la actualidad ya no se justifican las técnicas de injertos libres del complejo areola pezón y mucho menos en pacientes adolescentes.

La profusa literatura de técnicas quirúrgicas contrasta considerablemente con la menor cantidad de reportes existentes a largo plazo de la mamoplastia reductiva y de los resultados obtenidos.¹¹⁻¹⁸ En nuestro medio no encontramos al respecto ningún reporte previo.

Con la técnica utilizada y revalorada a largo plazo se obtienen buenos resultados y satisfacción de las pacientes.

En la actualidad, aún queda por resolver dos problemas: el primero, las cicatrices resultantes, y el otro, la permanencia de la forma obtenida en el postoperatorio inmediato, para evitar las deformaciones secundarias de la mama y el desplazamiento inferior del tejido residual. Ambos problemas ya se han detectado y se trabaja en ellos para solucionarlos,^{15,19-22} pero estas soluciones todavía no son del todo satisfactorias. Mientras esto no se logre, consideramos como buena conducta mencionar que la reducción mamaria en casos de gigantomastia juvenil puede ser un procedimiento de dos tiempos quirúrgicos: el primero para reducir, y el posible segundo tiempo efectuarlo al término de la etapa reproductiva, para lograr una satisfacción estética permanente.

CONCLUSIONES

Las pacientes con gigantomastia presentan problemas físicos y psicoemocionales factibles de corregirse

con la reducción mamaria. La satisfacción de las pacientes valoradas es muy alta desde el postoperatorio inmediato hasta las valoraciones tardías. La preservación de la función de lactancia en el postoperatorio es una obligación en pacientes adolescentes y se logra con la técnica de pedículo inferior. Los embarazos y la lactancia no significan problemas diferentes después de una reducción, que aquellos que se presentan normalmente en la glándula mamaria normal. Se debe considerar en los casos juveniles la alta posibilidad de requerir un segundo tiempo quirúrgico tardío.

BIBLIOGRAFÍA

1. Robbins TH. A reduction mammoplasty with the areola nipple based on an inferior dermal pedicle. *Plast Reconstr Surg* 1977; 59: 64-71.
2. Courtiss EH, Goldwyn RM. Reduction mammoplasty by the inferior pedicle technique. *Plast Reconstr Surg* 1977; 59: 500-508.
3. Trigos-Micoló I. Patrón guía para la planeación preoperatoria de la mastoplastia reductiva y mastopexias. *Cir Plast* 1995; 5: 30-36.
4. Adams WM. Transplantation of the nipples and areolae. *Surgery* 1944; 15:186-192.
5. Thorek M. Plastic reconstruction of the breast and free transplantation of the nipple. *Int Surg* 1946; 9: 194-199.
6. Strombeck JO. Mammaplasty: Report of a new technique based on the two pedicle procedure. *Br J Plast Surg* 1960; 13: 79-88.
7. Skoog T. A technique of breast reduction: transposition of the nipple on a cutaneous vascular pedicle. *Act Scand* 1963; 126: 453-459.
8. McKissock PK. Reduction mammoplasty with a vertical dermal flap. *Plast Reconstr Surg* 1972; 49: 245-251.
9. Kroll SS. A comparison of de-epithelialization and de-skining in inferior pedicle breast reduction. *Plast Reconstr Surg* 1988; 81: 913-918.
10. Wise RJ. Treatment of breast hypertrophy. *Clin Plast Surg* 1976; 3: 289-300.
11. McKissock PK. Reduction mammoplasty with a vertical dermal flap: Rationale and results. *Clin Plast Surg* 1976; 3: 309-320.
12. Wise RJ, Gannon JP, Hill JR. Further experience with reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1963; 32: 12-18.
13. Courtiss EH, Goldwyn RM. Breast sensation before and after plastic surgery. *Plast Reconstr Surg* 1976; 58: 1-13.
14. Pers M, Nielsen IM, Gerner N. Results following reduction mammoplasty as evaluated by patients. *Ann Plast Surg* 1986; 17: 449-445.
15. Reus WF, Mathes SJ. Preservation of projection after reduction mammoplasty. Long term follow up of the inferior pedicle technique. *Plast Reconstr Surg* 1988; 82: 644-650.
16. Georgiade G, Riefkohl R, Georgiade N. The inferior dermal pyramidal type breast reduction: Long term evaluation. *Ann Plast Surg* 1989; 23: 203- 208.
17. Serletti JM, Reading G, Caldwell E, et al. Long term patient satisfaction following reduction mammoplasty. *Ann Plast Surg* 1992; 28, 363-365
18. McMahan JD, Wolfe JA, Cromer BA, Ruberg RL. Lasting success in teenagers reduction mammoplasty. *Ann Plast Surg* 1995; 35: 227-231.
19. Marchac D, Sagher V. Mammaplasty with short horizontal scar: Evaluation and results after 9 years. *Clin Plast Surg* 1988; 15: 627-640.
20. Hinderer U. The dermal brassiere mammoplasty. *Clin Plast Surg* 1976; 3: 349-370.
21. Bustos RA. Periareolar mammoplasty with silicon supporting lamina. *Plast Reconstr Surg* 1992; 89: 646-651.
22. Trigos-Micoló I, Santamaría E. Uso en cirugía plástica de la bioprótesis de pericardio bovino tratado con glutaraldehído. *Cir Cir* 1994; 61: 85-92.

Dirección para correspondencia:

Dr. Ignacio Trigos-Micoló
Durango 33 - 52 A
Colonia Roma
06700 México, D.F.
Tel: 5511 0444, Fax: 5514 7777