

CIRUGIA PLASTICA

Volumen
Volume **13**

Número
Number **2**

Mayo-Agosto
May-August **2003**

Artículo:

Brassiere dermograso para corregir y
retrasar la ptosis de prótesis mamarias

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com

Brassiere dermograso para corregir y retrasar la ptosis de prótesis mamarias*

Dr. Ramón Cuenca-Guerra,** Dra. María de Lourdes Ortega Caudillo***

RESUMEN

Las técnicas para corrección de ptosis mamaria han evolucionado en los últimos años. Los primeros procedimientos involucraban la remoción de piel y tejido graso, posteriormente se utilizó la suspensión mamaria a la pared torácica; recientemente el uso de prótesis durante la mastopexia ha sido utilizado con la finalidad de obtener un adecuado contorno y volumen mamario; debido a esto último y a pesar de las técnicas quirúrgicas propuestas, la gravitación del tejido mamario y protésico se ha hecho más evidente y precoz. Por tal motivo diseñamos un colgajo dermograso con pedículo lateral con el fin de corregir y/o retrasar la ptosis del tejido mamario y las prótesis. Con la demarcación de la técnica de reducción mamaria de Pitanguy, primero se desepitelizan los cuadrantes inferiores de la mama y se traza y talla el colgajo dermograso con pedículo lateral, se lleva el extremo libre del colgajo hacia el borde esternal fijándolo a la aponeurosis muscular entre la tercera y la quinta costilla a nivel de la línea paraesternal, se coloca el implante en la cavidad, mismo que es sostenido por el colgajo, se sutura por planos y se da por finalizada la cirugía. Con la técnica propuesta fueron intervenidas 56 pacientes con ptosis mamaria y protésica de 1992 a 2002, obteniendo resultados satisfactorios en la mayoría de los casos. Con este procedimiento se proporciona un soporte adecuado del implante que retrasa la gravitación de la prótesis y del tejido mamario.

Palabras clave: Ptosis, mastopexia, prótesis mamarias, colgajo dermograso.

INTRODUCCIÓN

Las técnicas de corrección de ptosis mamaria que mejoran la forma de la misma y reposicionan el complejo areola pezón, continúan evolucionando. Los prime-

SUMMARY

The classic descriptions of mastopexy techniques have changed in the last years. The earliest operations to change breast ptosis and shape were generally wedge excisions of skin and breast tissue. Lately, prosthesis use mastopexy to get an adequate mammary contour and volume. Due to this fact, and in spite of the surgical techniques proposed, the gravitation of the mammary tissue and prosthesis has become more obvious and precocious. We have designed a lateral pedicle dermal fat flap to correct and/or delay the ptosis of the mammary tissue and prosthesis. In agreement with the Pitanguy's technique, once marked, the superficial part of the skin is removed by sharp scalpel dissection, then we draw the flap undermining this area, the flap's free end is moved forward to the sternal wall and fixed to the muscular fascia between the third and fifth rib, at the paraesternal borderline. The desired nipple height and the amount of skin to be resected are factors to be considered. Fifty six patients with implant-breast ptosis were included in the present study, between 1992 to 2002. The results were satisfactory in most of them. With this procedure we have devised a process giving lasting support delaying the implant-breast ptosis.

Key words: Ptosis, mastopexy, mammary implants, dermal fat flap.

ros procedimientos incluían la remoción de piel y tejido graso, posteriormente se utilizó la fijación de una porción de la mama a la pared torácica y en forma reciente, el uso de prótesis en el momento de realizar la mastopexia con la finalidad de obtener un volumen y

* Presentado en el XI Congreso de ISAPS, Guadalajara, Jal. México: 1992.

** Profesor Titular de Posgrado en Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva (UNAM), CMN 20 de Noviembre, ISSSTE.

*** Cirujano Residente de 3er año de Cirugía Plástica y Reconstructiva, CMN 20 de Noviembre, ISSSTE.

forma adecuados, así como la aplicación de mallas aloplásticas y biológicas como hamaca.

González Ulloa,¹ en 1960, fue el primero en recomendar una mamoplastia de aumento subglandular durante la realización de una mastopexia a fin de corregir la ptosis e hipotrofia mamaria. Goulian,² en 1971, desarrolló el concepto de mastopexia dérmica, en la cual el exceso de piel en el polo inferior se desepiteliza, el complejo areola pezón se recoloca superiormente y la dermis se pliega sobre sí misma, quedando el área desepitelizada por debajo de la dermis. Diversos autores han desarrollado procedimientos en los que se aplican tensores de diferentes diseños y materiales, así como colgajos con el objetivo de retrasar esta gravitación,³⁻¹⁵ que es uno de los problemas importantes y aún sin solución aparente, independientemente de la técnica que se utilice, ya que sabemos

que el resultado de estos procedimientos no es permanente, y esto es a causa de que el envejecimiento de los tejidos, la flacidez de los mismos y la acción de la gravedad, son factores que no frenamos con la cirugía.

Es por ello y con base en la circulación cutánea descrita en todas las técnicas de plastia mamaria, como las de pedículo único, doble pedículo, etc.^{2-4,6,8} que se diseñó un colgajo dermograso que postergue la ptosis de las prótesis y del tejido mamario.

MATERIAL Y MÉTODO

Se intervino a 56 pacientes ($n = 56$) con ptosis de la prótesis y tejido mamario, en el periodo comprendido de 1992 a 2002, con edades que fluctuaron de 32 a 54 años; 61% de los pacientes ($n = 34$) con aplicación de prótesis subglandulares, 30% ($n = 17$) con prótesis submusculares, y los restantes 5% ($n = 3$) referían

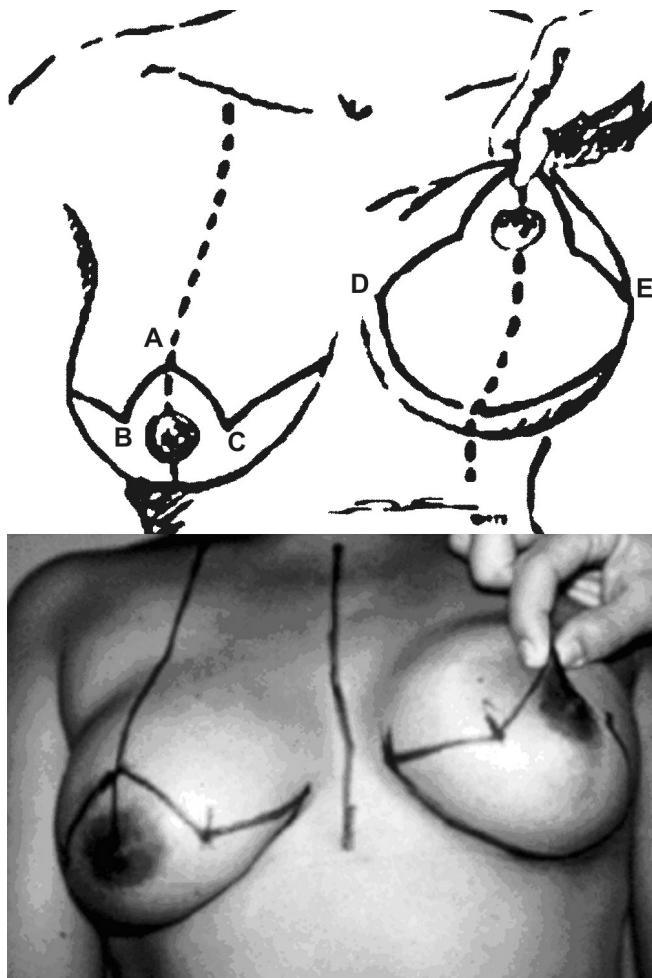


Figura 1. Marcaje de los puntos A, sitio ideal de máxima proyección del CAP; puntos B y C, lugar donde las puntas de los dedos 1º y 3º se encuentran en la maniobra de pellizco; D y E puntos donde inicia y termina el pliegue submamario.

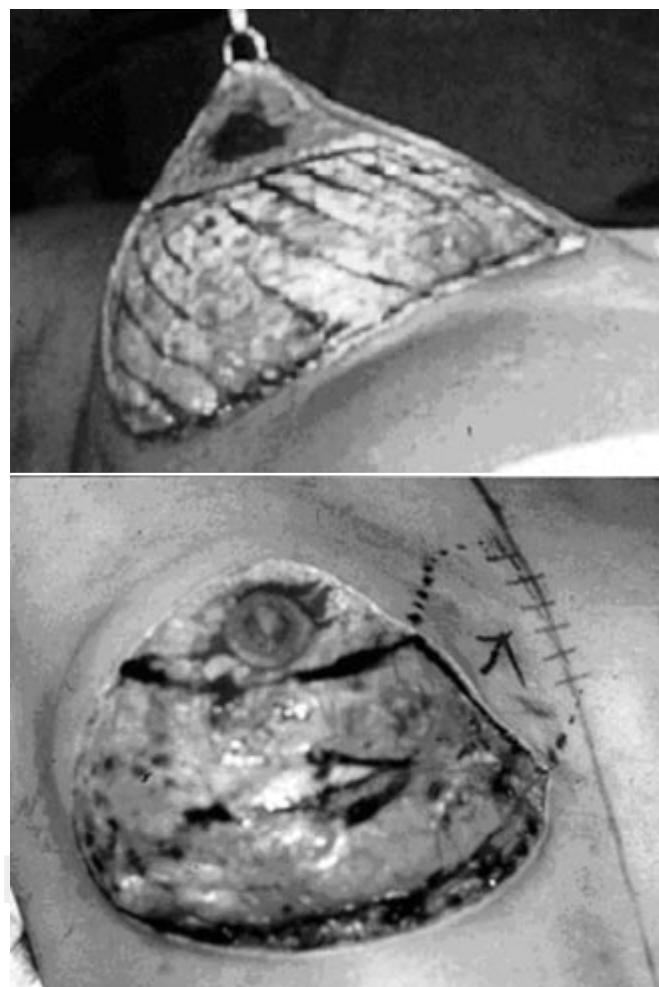


Figura 2. Cuadrantes inferiores desepitelizados y colgajo marcado en toda su extensión y sitio de próxima localización.

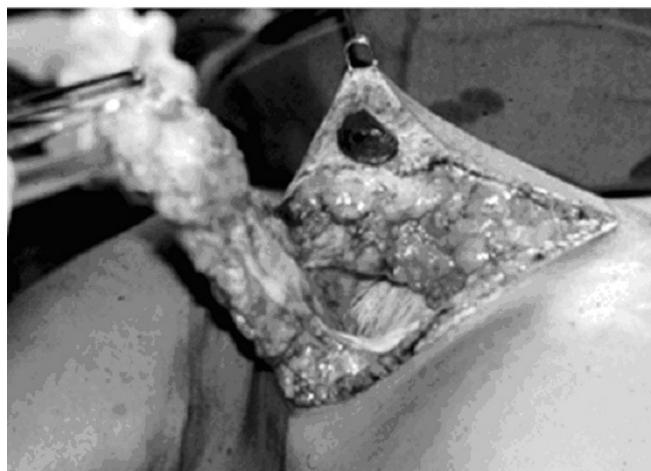
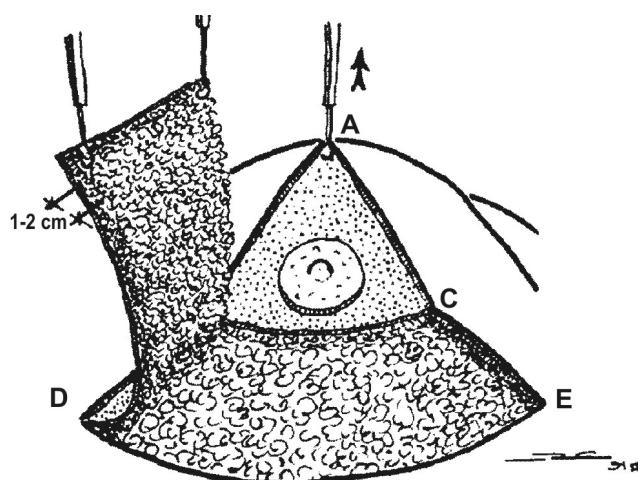


Figura 3. Colgajo tallado: se aprecia el grosor del mismo.

mastopexia más prótesis. A todas se les practicó una técnica quirúrgica con el objetivo de obtener una forma y volumen de la mama adecuados, que aunado a la aplicación de un colgajo dermograso de pedículo lateral que fungió como sostén de la prótesis y del tejido mamario, retardó por más tiempo la gravitación natural de estos tejidos.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Partiendo de la técnica de Pitanguy,¹ se hace el marcaje de las mamas, tengan o no implantes, en la forma convencional (Figura 1). Se desepitelizan los cuadrantes inferiores con la maniobra de Swartzman,⁴ y se diseña un colgajo dermograso con pedículo lateral (externo), que será tan ancho como los cuadrantes inferiores de la mama y tan largo como la superficie a resecar (Figura 2). Paso seguido, se incide a todo lo largo del marcate traspasando la dermis (desepitelizada) y el tejido

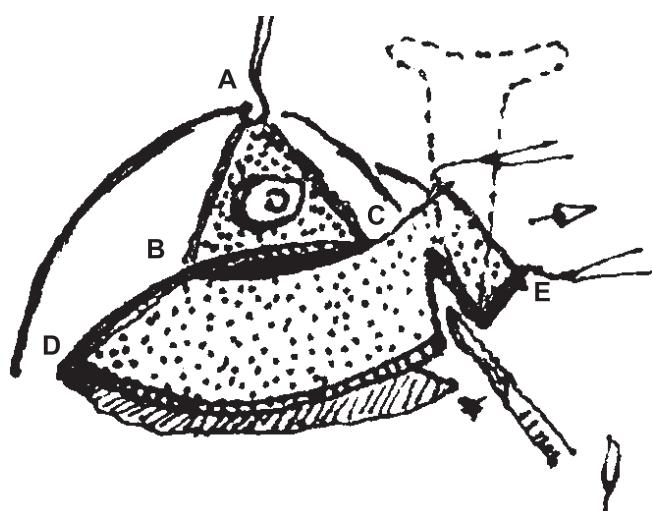


Figura 4. Se lleva el colgajo al sitio de su inserción, con la prótesis colocada se mide y recorta el sobrante.

graso hasta llegar al tejido mamario, o en un momento dado, a tener un espesor del colgajo de 1 a 2 cm (Figura 3). Hecho todo el tallado del colgajo se envuelve en una compresa húmeda y se continúa con el procedimiento quirúrgico, ya sea disecar por debajo de la cápsula de la prótesis para llevarla a su nueva posición, o hacer una nueva cavidad para la misma. Realizado esto se incorpora la prótesis y se continúa llevando el extremo libre del colgajo hacia el borde esternal, previa valoración de la circulación distal (sangrado), para que con ello se determine cuánto tejido sobra en dicho extremo y pueda ser resecado (Figura 4). A continuación se extrae la prótesis y el extremo libre del colgajo se fija a la aponeurosis muscular entre la tercera y quinta costilla a nivel de la línea paraesternal (Figura 5). Se coloca la prótesis en la cavidad y se llevan los puntos B y C a la mitad de la línea submamaria, dando un punto de sutura; se desepiteliza la nueva zona del complejo areola pezón (CAP) y se termina la cirugía con

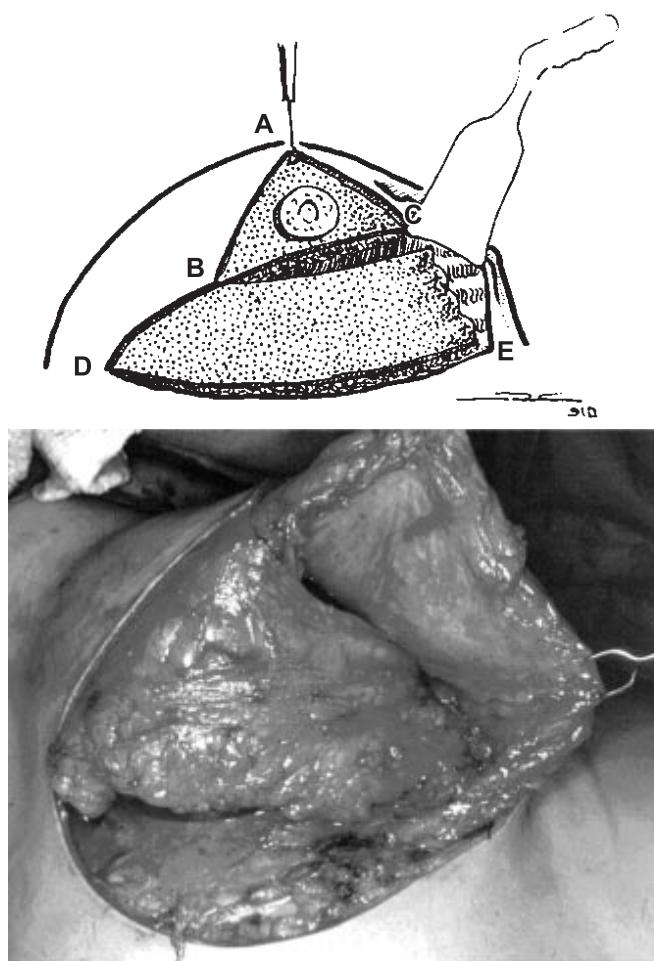


Figura 5. Se retira la prótesis y se fija el extremo libre del colgajo en la aponeurosis muscular.

surgette subdérmico y la extracción del CAP (Figura 6). Se coloca micropore sobre las heridas y brassiere normal como férula y vendaje.

RESULTADOS

Las 56 pacientes intervenidas quirúrgicamente obtuvieron una adecuada forma y colocación de la mama y CAP, de acuerdo con su talla y volumen, misma que se mantuvo prácticamente sin cambios a largo plazo, con retraso de la ptosis como se esperaba a un seguimiento hasta de 10 años. No se presentó alguna complicación mayor del tipo seroma, hematoma, infección, deshiscencia, o rechazo. En tres pacientes (5%) se manifestó epidermólisis superficial de no más de 2 cm de diámetro en el área central de sutura de los puntos B y C, la que se resolvió espontáneamente. Las cicatrices del surco submamario, se hipertrofiaron en nueve pacientes (16%), desvaneciéndose con el tiempo.

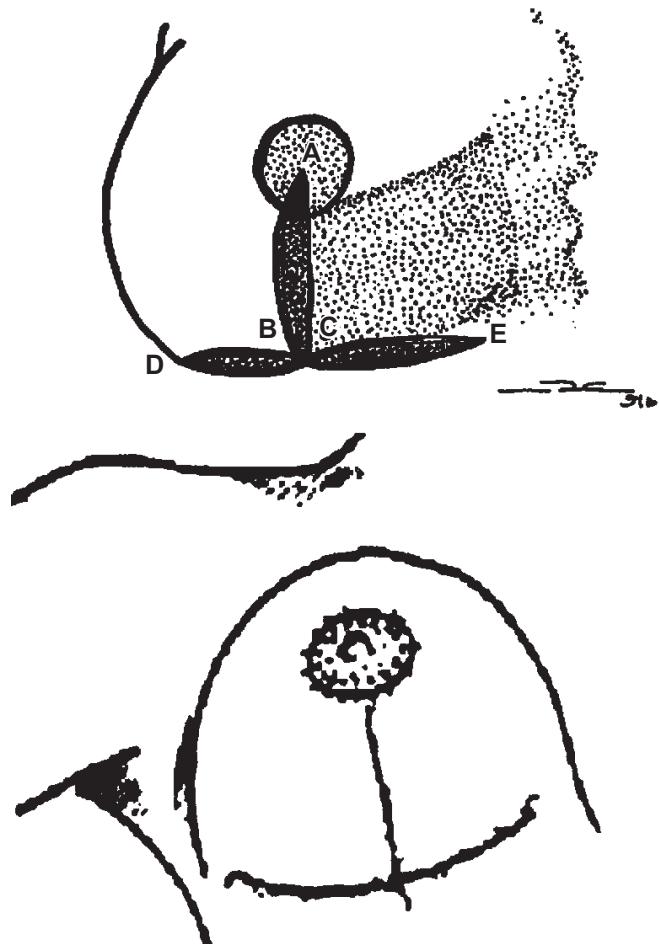


Figura 6. Se aplican puntos de apoyo para valorar la forma, volumen, cono y tensión de la mama, se desepiteliza el área del CAP y se cierra con surgette intradérmico.

Caso 1. (Figura 7). Mujer de 34 años de edad con prótesis subglandulares con 5 años de posoperatorio, en donde se aprecia la ptosis III de la prótesis con el tejido glandular. A los seis meses de posoperatorio con el colgajo dermograso se percibe un buen cono mamario con una buena forma y volumen; cinco años después se distingue ligera ptosis de la prótesis, con poco vaciamiento de cuadrantes superiores y el CAP sin modificaciones; a los 44 años de edad y 10 años de operada se manifiesta una ptosis moderada del implante, vaciamiento más importante de cuadrantes superiores y sin modificación del CAP.

Caso 2. (Figura 8). Mujer de 19 años de edad con dos años de evolución con prótesis subglandulares; tres años después de que se le practicó pexia convencional con recolocación del implante, se advirtió ptosis importante de la prótesis y tejido mamario, vaciamiento de los

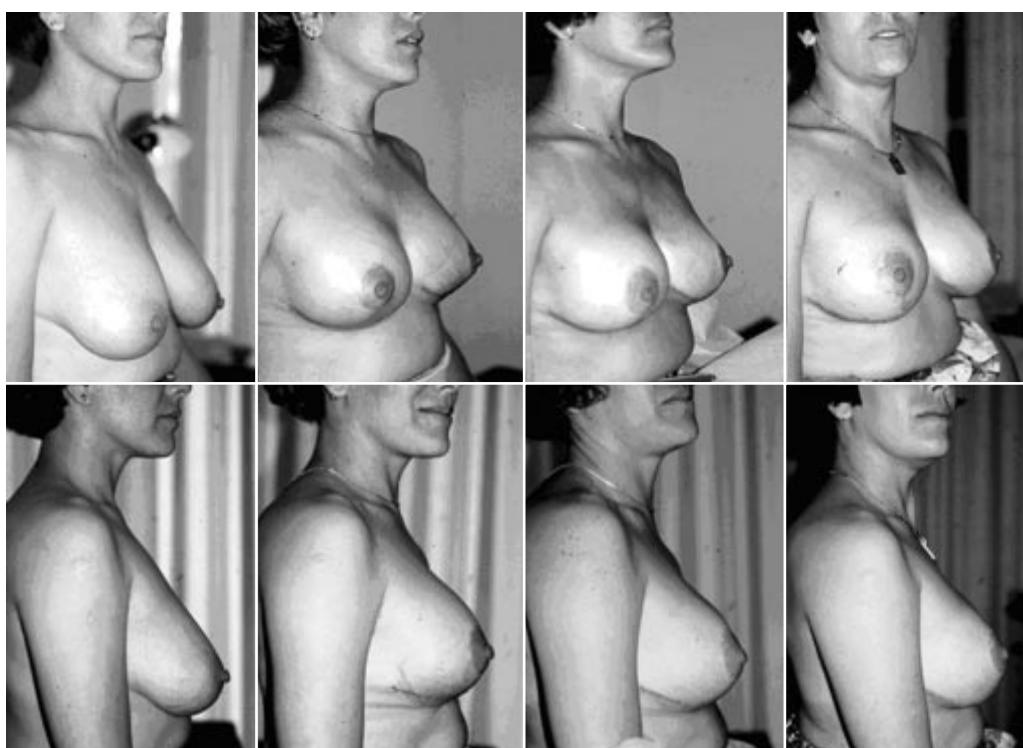


Figura 7. Mujer de 34 años de edad, con prótesis subglandulares. A los seis meses, a los cinco y diez años de postoperatorio con el colgajo.

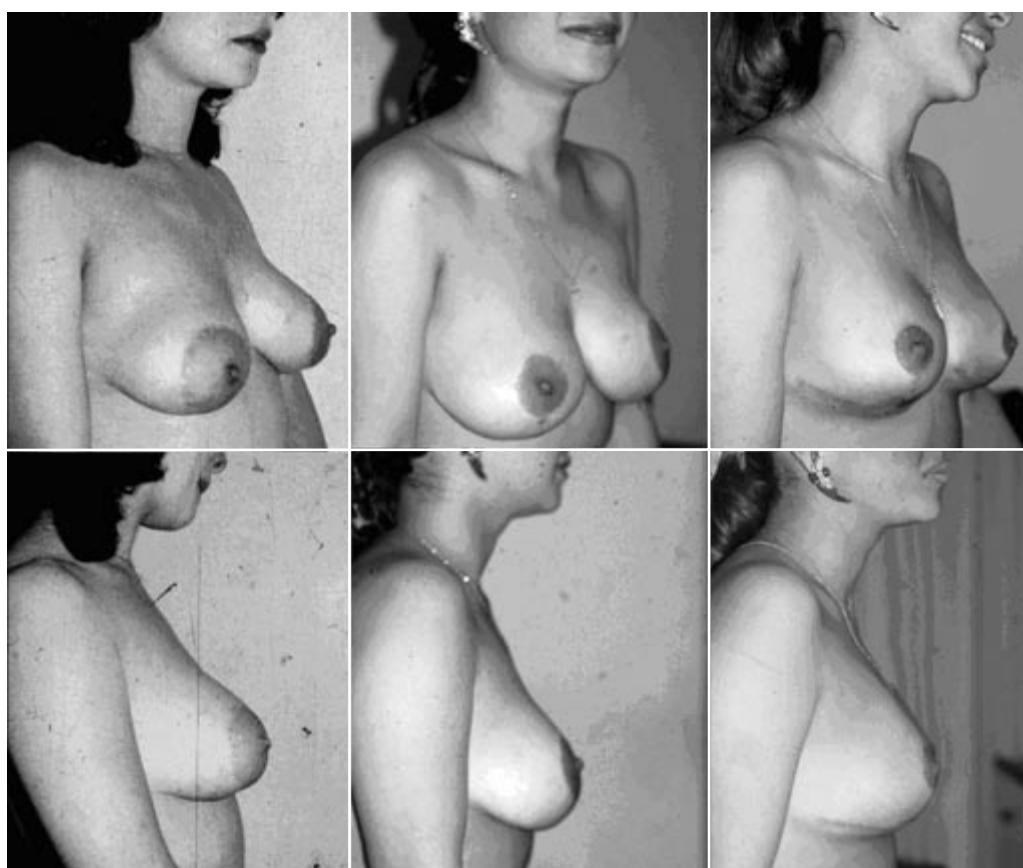


Figura 8. Mujer de 19 años con prótesis subglandulares. A los tres años de evolución de pexia convencional y a los 6 años con el colgajo.

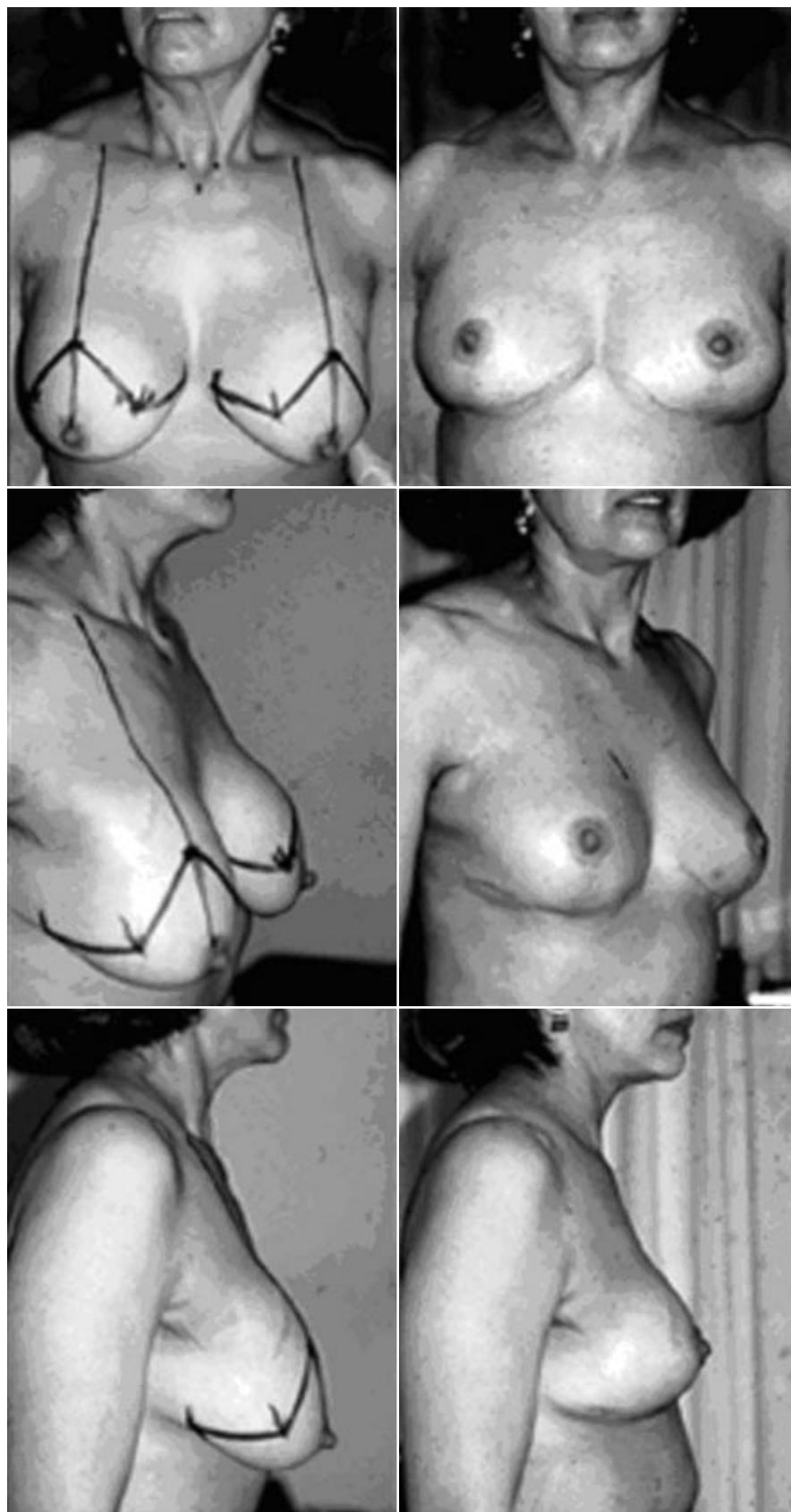


Figura 9. Mujer de 46 años con prótesis submusculares y ptosis del tejido mamario únicamente en donde se aprecia el doble contorno de la región mamaria; a los dos años de postoperatorio con colgajo dermograso.

cuadrantes superiores y descenso del CAP. Se reintervino y realizó el colgajo dermograso, utilizando $\frac{3}{4}$ partes del mismo sin importar la cicatriz vertical previa. El resultado a seis años es bueno, con permanencia del cono mamario, mínima ptosis y CAP sin cambios.

Caso 3. (Figura 9). Mujer de 46 años de edad con prótesis submusculares, con nueve años de evolución, en la cual se nota la prótesis en su ubicación original, sin embargo, el tejido glandular se gravitó hasta una ptosis grado III, dando un doble contorno en la región mamaria. Se le practicó la técnica propuesta con el colgajo dermograso y a los dos años se encuentra buena forma y volumen y mínima gravitación del CAP.

DISCUSIÓN

Es un hecho indiscutible que en la mayoría de las cirugías estéticas que realizamos los cirujanos plásticos los resultados son temporales, y esto es debido a que nuestros procedimientos quirúrgicos pueden restablecer las estructuras en su lugar y en muchas ocasiones restaurarlas; sin embargo, la acción de la gravedad, el daño ambiental, el envejecimiento propio de los tejidos, etc., no son frenados por la cirugía, lo que se evidencia en la temporalidad de nuestros resultados.

Por esta razón se han diseñado múltiples técnicas quirúrgicas para tratar de retrasar o alargar la temporalidad de los resultados, específicamente de la mamoplastia de aumento con pexia de los tejidos mamarios. Desde el método publicado por González-Ulloa en 1960, en que las cicatrices para armar el cono mamario quedaban en "T" invertida,¹⁻⁸ los intentos no han resultado lo benéficos que se esperaba, esto motivado a que el apoyo que se da a la prótesis y tejido mamario es originado por cicatrices longitudinales, que hipotéticamente resistirán más la fuerza que ejerzan tanto la prótesis como la mama, pero que en la práctica se distienden y dejan que graviten estos elementos, no así el CAP. Esto dio origen a que varios autores intentaran detener la ptosis empleando diferentes sostenedores, desde injertos dérmicos (Hinderer, 1976) hasta aloplásticos (Goes, 1992), sin ser tan eficaces porque al estar sujetos a tejidos como la fascia, pericondrio, tejido mamario, etc. son excluidos de sus puntos de fijación con una regresión mediata a la ptosis de los tejidos.⁹⁻¹⁵

En el colgajo dermograso que proponemos, las ventajas que encontramos son que al conservar su circulación no se fibrosa y por tal motivo la dermis mantiene sus propiedades físicas, al mismo tiempo el sitio de anclaje cicatriz y revasculariza, lo que evita la exclusión de la sutura y dehiscencia del polo distal del colgajo, en comparación con el injerto dérmico de Hinderer,⁹ que mantiene su posición y tensión hasta que se revasculariza

parcialmente, se fibrosa y pierde tolerancia, lo que provoca laxitud del mismo y recidiva de la ptosis. Otra de las ventajas de este colgajo dermograso es que cubre totalmente las líneas de sutura ("T" invertida), lo que impide que en un momento dado pueda haber exposición de la prótesis mamaria, inclusive en epidermolisis superficial de los puntos de unión de los colgajos de la "T", como nos sucedió en tres pacientes que epitelizaron espontáneamente por tener un suficiente colchón dermograso. También se consigue a pesar del peso y presión de las prótesis y tejido mamario, que la cicatriz tenga menos tensión, lo que evita que se hipertrofie.

Por último, es una técnica fácilmente reproducible por aquellos que tengan experiencia en cirugía mamaria, así como una buena alternativa para retrasar la ptosis tanto de las prótesis como del tejido mamario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gonzalez-Ulloa M. Correction of hypotrophy of the breast by jeans of exogenous material. *Plast Reconstr Surg* 1960; 25: 15.
2. Goulian D. Dermal mastopexy. *Plast Reconstr Surg* 1971; 47: 105.
3. Pitanguy I. Surgical correction of breast hypertrophy. *Br J Plast Surg* 1967; 20: 78.
4. Swartzmann E. Die technik der mammoplastik. *Chirurgica* 1930; 2: 932.
5. Da Silva G. Mastopexy with dermal ribbon for supporting the breast and keeping it in shape. *Plast Reconstr Surg* 1964; 34: 403.
6. McKissock PK. Reduction mammoplasty with a vertical dermal flap. *Plast Reconstr Surg* 1972; 49: 245.
7. Bartels RJ. A new mastopexy operation for mild o moderate breast ptosis. *Plast Reconstr Surg* 1976; 57: 687.
8. Regnault P. Breast ptosis: definition and treatment. *Clin Plast Surg* 1976; 3: 193.
9. Hinderer U. The dermal brassiere mammoplasty. *Clin Plast Surg* 1976; 3: 349.
10. Whidden PG. The taylor-tack mastopexy. *Plast Reconstr Surg* 1978; 62: 347.
11. Owsley JQ. Simultaneous mastopexy and augmentation for correction of small ptotic breast. *Ann Plast Surg* 1979; 2: 195.
12. Grubber RP. The donut mastopexy: indications and complications. *Plast Reconstr Surg* 1980; 65: 34.
13. Brink RR. Evaluating breast parenchyma misdistribution with regards to mastopexy and augmentation mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1990; 86: 716.
14. Goes JC. Periareolar mammoplasty: double skin technique with application of polyglactin 910 mesh. *Rev Soc Bras Cir Plast* 1992; 7: 1.
15. Lockwood T. Reduction mammoplasty and mastopexy with superficial facial system suspensions. *Plast Reconstr Surg* 1999; 103: 1411.

Dirección para correspondencia:

Dr. Ramón Cuenca-Guerra

Ejército Nacional 627-204, Torre de Consultorios del Hospital Español de México

11520 México, D. F.

Tel. (55) 5250-1814.

E-mail: cirplast@prodigy.net.mx

cuencaguerra@cirugiaplastica.org.mx