

CIRUGIA PLASTICA

Volumen
Volume **14**

Número
Number **2**

Mayo-Agosto
May-August **2004**

Artículo:

Mamoplastia de reducción: 50 años de evolución

Derechos reservados, Copyright © 2004:
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*



Medigraphic.com

Mamoplastia de reducción: 50 años de evolución

Dra. Silvia Espinosa Maceda*

RESUMEN

La mamoplastia de reducción ha permanecido como una de las cirugías que más satisfacciones ha dado a las pacientes. Las técnicas quirúrgicas aplicadas para la reducción de la mama a lo largo de 50 años han sido muy variadas, siempre en busca de la técnica ideal, aquella que forme una mama bella, con buena proyección que permanezca por largo tiempo y con la menor cicatriz posible, que sea fácil de enseñar, con resultados que puedan ser reproducibles, y que en lo posible preserve la función. En este trabajo examinamos las técnicas que durante estos cincuenta años han sido empleadas en el Servicio

Palabras clave: Mamoplastia, reducción, evolución.

INTRODUCCIÓN

A través de los años, los conceptos en la mamoplastia de reducción han variado sustancialmente al conocer mejor la irrigación e inervación de la glándula mamaria, y hemos pasado de la preocupación de no perder tejido mamario y preservar la integridad del complejo areola pezón a la preocupación actual de no sólo mantener íntegro el tejido mamario remanente, sino lograr una adecuada proyección del cono mamario que perdure por más tiempo y deje la menor cicatriz posible. Aunque tan válidas son las técnicas que originan cicatrices en T invertida, L invertida, vertical, o periareolar, cada una tiene sus indicaciones específicas. Así pues, haré un breve recorrido por la historia de las técnicas más empleadas en el Servicio, algunas de ellas

SUMMARY

Breast reduction should create a long lasting beautiful breast with minimal scars, and has been one of the most satisfactory surgeries for the patients for fifty years. There are a number of techniques in plastic surgery always searching for the ideal surgery: one that is easy to teach, and that has reproducible results and preserves function; one that forms a good-looking breast with a good projection and is lasting. The techniques that have been used in this Department over the period of fifty years are examined in this paper.

Key words: Mamoplasty, reduction, evolution.

aún en boga. Puedo decir que por lo menos alguna vez se han ejecutado las diferentes variantes de las técnicas de mamoplastia de reducción, pero sería imposible describir en estas breves páginas todas ellas.

MATERIAL Y MÉTODO

Se estudiaron los expedientes encontrados en los archivos del Hospital General de México así como los registros quirúrgicos de la institución, aunado a algunas entrevistas de las técnicas favoritas de algunos médicos que han trabajado en el Servicio.

RESULTADOS

Se realizan un promedio de 35 cirugías de reducción o pexia de las glándulas mamarias por año. El rango de edad de las pacientes operadas ha sido entre los 16 y los 58 años.

* Médico adscrito al Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General de México.

Respecto a las técnicas de mamoplastia de reducción, encontramos que han sido múltiples las que se han empleado en el Hospital General, tantas como las hay descritas en la literatura, lo cual enfatiza una vez más que no existe una técnica adecuada para todos los tipos de mama, que no existe una técnica en particular que pueda producir mejores resultados estéticos que las otras; de hecho no existe hasta la fecha ningún estudio que demuestre la superioridad de alguna técnica sobre las demás y que pueda ser aplicada a todos los tipos de mama.

Las técnicas más comúnmente empleadas durante los años 60 fueron las de Strömbeck, Biesenberger y Toreck, para casos de severa macromastia y ptosis extrema, que requerían amputación del complejo areola-

pezón para su posterior reimplantación sobre dermis, técnica que hasta la fecha es utilizada. En los años 70, se implementó el uso de la técnica de McKissock, que desplazó en gran medida a la técnica de Strömbeck, se usaba la técnica de Arie-Pitanguy para resecciones pequeñas y era la de elección para mastopexia; continuaba con alguna frecuencia el uso de la técnica de Toreck. En los años 80 se populariza el uso de técnicas de origen Brasileño, al añadirse al armamentario la técnica de Bozola, aunque continuó el uso de la técnica de McKissock con sus modificaciones, así como también la introducción del uso de técnicas de pedículo inferior como las propuestas por Robbins, Courtiss y posteriormente Georgiade. Al inicio de los 90 se introdujo el uso de la técnica de Santana, considerada modificación de



Figura 1. Caso 1 del archivo del Dr. Carlos del Vecchyo. Técnica de pedículo vertical.



Figura 2. Caso 2 del archivo del Dr. Carlos del Vecchyo. Técnica de pedículo vertical.



Figura 3. Caso 3 del archivo del Dr. J. L. Haddad. Técnica de pedículo inferior.

la de Pitanguy, y a mediados de los 90, se añadió el uso de la mamoplastia vertical, con algunas modificaciones de la publicada por Lejour. Las técnicas periareolares como las descritas por Benelli y Pexioto, se han usado en el Servicio básicamente para mastopexia, con o sin implantes.

DISCUSIÓN

Diseño y formación de la mama

Definitivamente los conceptos de mamoplastia de reducción que iniciaron con la noción de la modifica-

ción de la glándula mamaria con base en grandes despegamientos, con pedículos no siempre adecuados, que con frecuencia ocasionaba necrosis grasa y glandular, fueron substituidas por técnicas basadas en un brassiere cutáneo, que referían como virtud el no requerir despegamiento cutáneo y la ventaja de no dar puntos en el tejido glandular, lo que evitaba la necrosis causada por las suturas intra-parenquimatosas. El armado de la mama se hacía a partir de la sutura dermo-cutánea, lo que evitaba puntos en el parénquima mamario.

El uso de pedículos dérmicos, primero horizontales, como en la técnica de Strömbeck, y después verticales,



Figura 4. Caso 4 del archivo del Dr. J. L. Haddad. Técnica de Toreck injerto de complejo areola-pezón.



Figura 5. Caso 5 del archivo de la Dra. Silvia Espinosa. Técnica de pedículo superior vertical tipo Lejour.

como en la técnica de McKissock, le daba seguridad al complejo areola-pezón; sin embargo, el armado de la mama a partir de los colgajos cutáneo-glandulares daba por resultado, en ocasiones, cicatrices anchas y mamas cuadradas, planas, con falta de proyección, sobre todo en manos inexpertas. La introducción de técnicas como

la de Bozola, que habla del concepto de cono mamario, donde la glándula es independiente de su envoltura cutánea, trajo nuevamente las suturas en el parénquima mamario al escenario de la cirugía de mama y desde entonces cada vez más se han utilizado, aunque con una curva de aprendizaje más larga.



Figura 6. Caso 6 del archivo de la Dra. Silvia Espinosa pedículo superior. Técnica de Bozola

En el Servicio persiste uno de los debates más antiguos sobre qué es más importante: armar el parénquima mamario, independiente de su envoltura cutánea, o el diseño de la cubierta cutánea que dará la forma final de la mama, como son las técnicas que utilizan el diseño del patrón de Wise y sus variantes, tal lo demuestra, por ejemplo las modificaciones que realizó McKissock a su técnica, para lograr mamas más armoniosas. La mayoría de las técnicas quirúrgicas basadas en el patrón de Wise

dan el soporte a la glándula mamaria basados en el brassiere cutáneo que da por resultado poca duración en la proyección de la mama, pues el soporte de la glándula al ser únicamente cutáneo, permite la elongación de la piel por el peso de la misma, aunado a las propiedades viscoelásticas cutáneas, lo que origina una seudo-ptosis, al tener más volumen en el polo inferior.

Puedo decir que las técnicas quirúrgicas que utilizan otro tipo de diseños en la cirugía de reducción de

la glándula mamaria que tienen como resultado cicatrices en vertical o L invertida, donde el armado del parénquima mamario es lo fundamental, basados en los conceptos brasileños del anclado intrínseco de la mama al tomar de forma independiente el cono glandular de su cubierta cutánea, tienen la gran ventaja de obtener proyección mamaria con mayor duración, por las suturas intra-glandulares, de la fascia superficial, así como por su fijación a la pared torácica, lo que permitirá un cierre cutáneo sin tensión; para el ajuste cutáneo final se realiza un despegamiento subcutáneo. Estas técnicas son utilizadas frecuentemente con pedículo superior en todas sus variantes.

Cicatrices

Si bien el precio de una cirugía de reducción mamaria es entre otros el de una cicatriz, los conceptos de que la única posibilidad de una mama bella era una cicatriz en T invertida han cambiado y hoy en día, en el Servicio, se procura que ésta sea de la menor dimensión posible, incluso, si es en T invertida, se utilizan brazos cortos y siempre se procura que sea de la mejor calidad posible. Partir de la base de que la cicatriz del surco submamario en su porción media es la más visible, en el caso de uso de escotes, por lo que se trata de disminuir al mínimo y en la porción lateral del surco submamario no se pasa nunca de la línea axilar anterior. Definitivamente, la cicatriz vertical por sí sola siempre será superior a la cicatriz en T invertida, incluso a la L invertida. En caso de la mamoplastia vertical, si la cicatriz se elonga y queda por debajo del surco o presenta hipertrofia en su porción inferior, puede ser corregida mediante una pequeña resección horizontal seis meses después, lo que origina una T de brazos cortos. Si bien las cicatrices verticales requieren revisión con más frecuencia, en general las pacientes están más satisfechas con ellas.

CONCLUSIONES

En el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General de México se inició la cirugía de mama bajo un solo criterio, pues había pocas técnicas y las mamas que se operaban caían dentro de la cirugía reconstructiva al ser casos extremos.

Con un mejor conocimiento de la irrigación del complejo areola pezón y del parénquima glandular, se diversificaron las técnicas gracias a la introducción de nuevos criterios por la llegada al servicio de médicos de otras escuelas, la visita de profesores extranjeros, así como el aprendizaje de otras técnicas en rotacio-

nes al extranjero de los residentes o médicos egresados del Servicio. Hoy en día es un Servicio de mentalidad abierta donde siempre hay cabida para nuevas técnicas siempre y cuando éstas cumplan con los requerimientos científicos y éticos

Por último, debemos enfatizar que el realizar la técnica más adecuada para cada tipo de hipertrofia mamaria es el factor más importante para un resultado exitoso, si bien la tendencia de hoy en día es hacia una mama bella, armónica, cónica, con polo superior lleno, y después el de tener la menor cicatriz posible. Es importante considerar las curvas de aprendizaje de cada técnica, siendo mucho más objetiva la aplicación de un patrón de Wise para el empleo de una técnica de reducción mamaria de pedículo inferior o superior o bipediculado y será como siempre, lo más importante, los conocimientos anatómicos del área a tratar, el cuidado del cirujano en el diseño y ejecución de la técnica, y recordar que son los pequeños detalles los que diferencian una cirugía de resultado promedio a una cirugía de resultados óptimos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wise RJ. A preliminary report on a method of planning. The mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1956; 17: 367.
2. Strömbeck JO. Mammoplasty: Report of a new technique based on the two pedicle procedure. *Br J Plast Surg* 1960; 13: 79.
3. McKissock PK. Reduction mammoplasty with a vertical dermal flap. *Plast Reconstr Surg* 1972; 49: 245.
4. McKissock PK. Reduction mammoplasty by the vertical bipedicle flap technique. *Clin Plast Surg* 1976; 3: 309.
5. Courtiss E, Goldwyn RM. Reduction mammoplasty by the inferior pedicle technique. *Plast Reconstr Surg* 1977; 59: 500.
6. Robbins TH. A Reduction mammoplasty with the areola-nipple based on an inferior dermal pedicle. *Plast Reconstr Surg* 1977; 59: 64.
7. Arie G. Una nueva técnica de mastoplastia. *Rev Iberolatinoamericana Cir Plast* 1957; 3: 23.
8. Pitanguy I. Surgical Treatment of Breast Hypertrophy. *Br J Plast Surg* 1967; 20: 78.
9. Lejour M. Vertical mammoplasty and liposuction of the breast. *Plast Reconstr Surg* 1994; 94: 100-114.
10. Lejour M. Vertical mammoplasty: Early complications after 250 personal consecutive cases. *Plast Reconstr Surg* 1999; 104: 764-769.
11. Exner K. Dermal suspension flap in vertical-scar reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 2002; 109: 2289- 2298.
12. Georgiade NG. Reduction mammoplasty utilizing an inferior pedicle nipple areolar flap. *Ann Plast Surg* 1979; 3:211.
13. Benelli L. A new periareolar mammoplasty: the round block technique. *Aesthetic Plast Surg* 1990; 14: 93.
14. Bozola AR. Breast reduction with short L scar. *Plast Reconstr Surg* 1990; 85: 728-38.

Dirección para correspondencia:

Dra. Silvia Espinosa Macea
González de Cossio 353, 2º piso,
Colonia Del Valle, 03100 México, D. F.
Tel. 5523-7850