

Mastopexia periareolar tipo margarita

Dr. José Telich Vidal,* Dr. Emmanuel Carmona Barón,** Dr. Daniel Garza Arriaga,*** Dr. José Eduardo Telich Tarriba****

RESUMEN

La mastopexia periareolar tipo Round Block es una técnica descrita en las tres últimas décadas por diferentes autores, en la cual cada uno hace una modificación propia. Se ha descrito el uso de esta técnica en pacientes que presenten ptosis mamaria leve (tipo I), obteniendo resultados satisfactorios. En este trabajo presentamos una técnica realizada en pacientes con ptosis mamaria leve, consiguiendo buenos resultados y pocas complicaciones, así como la ventaja de utilizar menos material de sutura y obtener un complejo areola pezón circular, más estético y mejor compensado.

Palabras clave: Ptosis mamaria, mastopexia periareolar, Round Block.

INTRODUCCIÓN

Existen diversos grados de ptosis mamaria y dos escalas clásicas para evaluarla. De acuerdo con el grado de ptosis que presente nuestra paciente será candidata a determinado tipo de tratamiento quirúrgico. Se menciona que la ptosis mamaria tipo I, es decir de grado leve, se puede tratar clásicamente mediante una técnica periareolar o mediante la colocación de implantes mamarios.

Existen diversos autores que han hecho descripciones de su técnica individual para mastopexia con

SUMMARY

The «Round Block» periareolar mastopexy technique has been described by different authors with their own modifications in the last three decades. The use of this technique is described in patients who have mild ptotic breast (class I), achieving good results. In this work we present a new round block technique used in patients with mild ptotic breast with excellent results and fewer complications; that uses less suture material and achieves a rounder nipple areola complex, more aesthetic and better compensated.

Key words: Mammary ptosis, periareolar mastopexy, Round Block.

técnica periareolar, como Bartels,¹ quien desde 1976 describe la técnica en dona, y Gruber,² la modifica en 1980. Benelli,³ describió también su técnica Round Block en 1990, y Spear y Regnault,^{4,5} que detallan la mastopexia con aumento mamario en un solo procedimiento.

En nuestra práctica quirúrgica hemos ideado un método para realizar la mastopexia en mujeres que presenten ptosis mamaria grado I y II, con técnica periareolar tipo dona, fácil de realizar, reproducible, con resultados satisfactorios a corto y largo plazo, utilizando menos material de sutura y sin complicaciones.

Descripción de la técnica

Se realiza la selección de la paciente desde la consulta en donde se toman en cuenta datos de somatometría, como peso y talla, altura real del complejo areola pezón (CAP), así como la ubicación del sitio ideal del mismo, tomando como estándares la distancia media humeral, o dependiendo de la estatura de la paciente, una variación entre 17 a 21 cm de distancia a partir de la horquilla esternal (*Figura 1*).

* Cirujano Plástico y Reconstructivo. Profesor de Anatomía. Facultad Mexicana de Medicina. Universidad La Salle. Titular del Curso de Postgrado de Cirugía Estética. Hospital Ángeles del Pedregal.

** Cirujano Plástico y Reconstructivo. Fellow de Cirugía Estética. Hospital Ángeles del Pedregal.

*** Médico Pasante de Servicio Social. Universidad La Salle.

**** Estudiante de Medicina de Pregrado. Universidad Panamericana.

Se realiza un marcaje prequirúrgico que consiste en el marcaje tradicional en:

- 1) La línea media desde la horquilla esternal hasta el apéndice xifoides
- 2) La línea paraesternal



Figura 1. Preoperatorio.

- 3) La altura real y la ideal del CAP
- 4) El surco inframamario
- 5) El borde axilar anterior (*Figura 2*)

Adicionalmente, en esta técnica marcamos a partir del centro del CAP dos círculos concéntricos y lo frac-

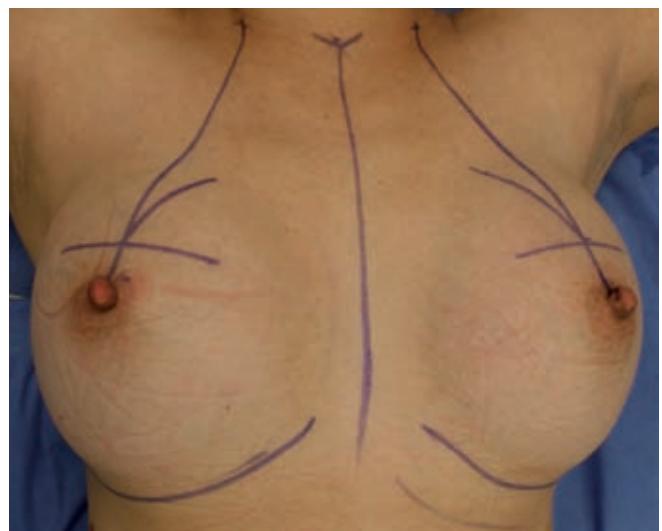


Figura 2. Marcaje prequirúrgico.

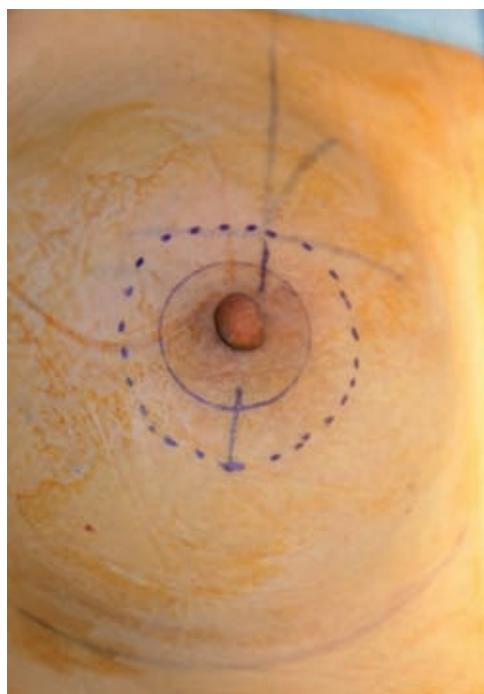


Figura 3. Marcaje prequirúrgico mostrando altura de CAP real y altura de CAP ideal.



Figura 4. Resección mediante desepitelización de dona.

cionamos en cuadrantes para dividir la mama en 4 los cuadrantes tradicionales; además dividimos cada uno de estos cuadrantes por su bisectriz. Así tendremos 8 puntos de intersección en cada uno de nuestros círculos concéntricos.

El círculo concéntrico interno determina nuestro CAP real (línea continua), mismo que a su vez se puede disminuir de diámetro si la paciente así lo desea y lo requiere. Esta disminución del CAP se llevará a un promedio de 38 a 42 mm de diámetro.

El círculo concéntrico externo (línea punteada) determina la altura ideal del polo superior del CAP y la

cantidad de piel que se resecará mediante desepitelización entre estos 2 círculos concéntricos (*Figura 3*).

Una vez que tenemos estos marcas podemos iniciar el procedimiento en la sala de quirófano y bajo anestesia general o local, según sea la circunstancia:

1. Se incide superficialmente a nivel de ambos círculos concéntricos y se desepiteliza la dona (dependiendo del caso se incluirá la areola si se va a reducir la misma) (*Figura 4*).
2. Se revisa la hemostasia selectiva de la región.
3. Se incide la periferia de la zona desepitelizada para liberar la piel de la mama y permitir su movilidad (*Figura 5*).
4. Se marca la mama en 4 cuadrantes y sus bisectrices respectivas (*Figura 6*).
5. Se inicia la colocación de la sutura con nylon 2-0 y aguja recta en el marcas del círculo externo, de profundo a superficial, ya que el punto final quedará cubierto por el tejido de la región (*Figura 7*).
6. Avanzando en sentido del reloj, se da un punto largo en el plano dérmico entre cada una de las primeras dos marcas adyacentes del círculo exterior.
7. Se da otro punto en el mismo plano, solamente el sitio marcado correspondiente del círculo interior.
8. Se realiza lo mismo cada 45 grados, tomando en el círculo exterior toda la longitud existente entre estos 45 grados y en el interior se toma sólo el sitio marcado hasta completar los 360 grados de nuestra circunferencia (*Figura 8*).
9. Antes de anudar se coloca sobre el CAP un areolotomo para determinar el nuevo diámetro del CAP (38 a 42 mm).



Figura 5. CAP liberado en toda su periferia.



Figura 6. Marcaje de mama y pezón en 4 cuadrantes con sus bisectrices correspondientes.



Figura 7. Unión de círculo externo con círculo interno usando como guía el marcaje previamente realizado de los cuadrantes de la mama.



Figura 8. Vista final del paso 6, 7 y 8, mostrando la unión de todos los puntos, previo al cierre de Round Block en forma de «margarita».



Figura 9. Unión de círculo externo e interno mediante técnica tipo Round Block finalizada.

10. Se cierra la sutura con técnica tipo Round Block enterrando el nudo profundamente debajo de la piel (Figura 9).



Figura 10. CAP completamente suturado.

11. Se sutura piel con nylon 3-0 (subdérmico) (Figura 10).

Los cuidados de herida son los mismos que en cualquier otra cirugía. Los puntos de nylon 3-0 se retiran a las dos semanas. La sutura tipo Round Block no se retira por el riesgo de ensanchamiento de la cicatriz; ésta se puede retirar en caso de así solicitarse después de 2 años. Se sugiere que cada cirujano determine en qué cuadrante dejará el punto interno, para que después de 2 años, la paciente al solicitar su retiro, éste se encuentre de manera fácil y se retire con anestesia local.

CONCLUSIONES

Esta técnica es fácil de realizar y reproducible, además de que se puede utilizar en pacientes que sólo requieren de mastopexia, en pacientes que requieren aumento mamario y mastopexia e incluso en pacientes sometidos a reconstrucción mamaria con preservación del complejo aréola-pezón. Creemos que esta técnica tiene la ventaja de utilizar menos material quirúrgico residual, además de dejar un complejo aréola pezón circular y mejor compensado, ya que al realizar la sutura tipo Round Block en forma de «margarita» tanto en el borde dérmico de la piel de la mama y en el borde areolar confiere una mejor compensación de ambos, incluso en resecciones amplias de la dona de piel periareolar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bartels R, Strickland D, Douglas W. A new mastopexy operation for mild or moderate breast ptosis. *Plast Reconstr Surg* 1976; 57: 687-691.

2. Gruber R, Jones H. The «donut» mastopexy; indications and complications. *Plast Reconstr Surg* 1980; 65(1): 34-38.
3. Benelli L. A new periareolar mammoplasty, the «Round Block» technique. *Aesthetic Plast Surg* 1990: 14-93.
4. Spear S, Boehmler J. Augmentation/Mastopexy: A 3-Year Review of a Single Surgeon Practice. *Plast Reconstr Surg* 2006; 118(7S): 136S-147S.
5. Regnault P. The hypoplastic and ptotic breast: A combined operation with prosthetic augmentation. *Plast Reconstr Surg* 1966; 37: 31-37.

Dirección para correspondencia:

Dr. José Telich Vidal

Camino a Santa Teresa Núm. 1055.

Centro de Especialidades Quirúrgicas C. 1180

Tel. directo: 55686849

Comutador: 54495500 ext. 4180/4181

E-mail: drjose_telich@yahoo.com.mx

www.drjosetelich.com