

Mamoplastia reductora de hipertrofia mamaria. Técnica vertical

Oswaldo Iribarren B.

RESUMEN

La hipertrofia mamaria es una condición patológica que puede producir una alteración anatómica de la columna y de los hombros, un deterioro funcional respiratorio, un desajuste psicológico o psiquiátrico y/o un menoscabo de la relación social. La mamoplastia reductora, como elemento de tratamiento de estas disfunciones, ha ganado en popularidad en la medida que consiga mantener la forma y función. Las mamoplastias verticales cuentan con la aceptación de cirujanos y pacientes porque cumplen con esos objetivos y, además, producen cicatrices de menor tamaño y menos visibles. La mamoplastia según la técnica de Marchac, es una variante de mamoplastia reductora que llena completamente las exigencias de una forma agradable, una función conservada y mínimas cicatrices. Sin embargo, en este país tiene escasa difusión y se realiza con poca frecuencia. El objetivo de este trabajo es difundir la técnica quirúrgica de una variante de mamoplastia vertical según la descripción original del profesor Daniel Marchac (Paris, Francia), describir los resultados propios en una muestra seleccionada de 47 mujeres portadoras de hipertrofia moderada a grave, su desenlace a mediano plazo y sus complicaciones. (Palabras claves/Key words: Mamoplastia/Mammoplasty; Mamoplastia métodos/Mammoplasthy methods; Cirugía Plástica/Surgery Plastic).

INTRODUCCIÓN

El reconocimiento de la hipertrofia mamaria, como una condición patológica, ha aumentado en las últimas tres décadas en el medio quirúrgico chileno. Esta situación se puede explicar por la contribución de tres factores principales: aumento del acceso a la atención médica, mayor preocupación de las mujeres sobre esta condición y una mejor aceptación de los médicos sobre esta área de la salud de la mujer. Pousson y Verchere fueron los primeros en describir una técnica quirúrgica para disminuir el tamaño de las mamas, alrededor de 1915, pero la cirugía reductora no se aceptó como una práctica regular hasta 1922 cuando el Dr. Thorek publicó su procedimiento de amputación de la mama e injerto libre de pezón. Esta técnica hoy se utiliza ocasionalmente en gigantomastía grave, ya que resulta en mamas anchas, aplanadas y con una

pigmentación impredecible del complejo areola-pezón¹. Actualmente está bien establecido que la cirugía reductora de las mamas mejora significativamente el dolor de los hombros, cuello, espalda y mamas, reduce el surco del hombro producido por el tirante del sostén y los intertrigos bajo la mama, la cefalea y el dolor y rigidez en las manos. En la esfera psicológica y social elimina las dificultades para participar en deportes, facilita la elección del vestuario y mejora la autoimagen^{2,3}.

Por otra parte, se ha reportado una mejoría significativa del trabajo respiratorio ya que mejora la capacidad inspiratoria, el flujo espiratorio máximo y la ventilación ventilatoria máxima, precisando que en tanto mayor sea el índice de masa corporal, mayor es el cambio de la ventilación voluntaria máxima postoperatoria⁴.

La mamoplastia reductora ideal, en su concepto original, busca mantener la unidad

funcional de la mama, reducir el volumen y peso con una forma agradable, que deje cicatrices pequeñas e inadvertidas, con una capacidad de amamantar conservada y que preserve la sensibilidad de la areola y del pezón^{5,6}.

Cuando la mama atractiva es vista de perfil, el pezón es el punto más prominente y en la proyección anteroposterior se ubica en el plano del surco mamario o levemente sobre éste. Si el complejo areola-pezón está ubicado adecuadamente, necesita apoyarse en una plataforma elevada y que no se hunda. Luego de la cirugía, la mejor plataforma para este complejo areola-pezón es el colgajo lateral y medial de tejido mamario que se unen entre sí a la manera de un cono y sobre cuyo punto más prominente se transpone el pezón⁷.

Las mujeres que se someten a cirugía reductora mamaria, a menudo expresan preocupación respecto del tamaño y posición de las cicatrices que la cirugía produce, en especial la extensa cicatriz en forma de ancla que resulta de la reducción de las grandes hipertrofias. En respuesta a la preocupación de pacientes y cirujanos sobre las cicatrices, hemos asistido a un permanente intento hacia aquellos procedimientos que permiten minimizar las cicatrices en las mamas sin que se deteriore la proyección del cono.

Ejemplos de este esfuerzo permanente se encuentran en diversas publicaciones que señalan distintos diseños que tienden a disminuir o suprimir la cicatriz inframamaria⁸⁻¹⁰ o que eliminan la cicatriz vertical e inframamaria^{11,12}. En este contexto, las mamoplastias verticales con cicatriz vertical y/o mínima cicatriz inframamaria han alcanzado importante desarrollo. Las diversas técnicas de mamoplastia vertical (Lassus, Lejour, Marchac, Arie) tienen en común un pedículo superior para la areola y pezón, vaciamiento glandular del polo inferior de ésta, y la formación de dos pilares glandulares, uno medial y el otro lateral, cuyo adosamiento construye el nuevo cono. Por último, el cierre del exceso cutáneo inferior se realiza mediante la confección de una jareta o en forma de mini T invertida¹³. Luego de 10 años de la introducción de las técnicas verticales, en una serie reciente de 800 pacientes con una resección media de 1.100 g, el 52% de las pacientes sólo presentaba una cicatriz vertical¹⁴.

El objetivo de este informe es difundir la técnica quirúrgica de una variante de mamoplastia vertical según la descripción original

del profesor Daniel Marchac (Paris, Francia), describir los resultados propios, su desenlace a mediano plazo y sus complicaciones.

MARCACIÓN DE LA PACIENTE

La marcación y dibujo de las mamas se realiza con la paciente en posición sentada o semisentada, marcando en primer lugar el eje de cada mama y el borde superior de éstas (Figura 1). Esta marca corresponde al punto más alto que tendrá el polo superior de la mama luego de la pexia. A continuación se marca una línea horizontal inferior, ubicada aproximadamente a 5 cm sobre el pliegue inframamario. Esta marca corresponde al nuevo surco mamario que tendrá la mama luego de la resección.

Luego se define la cantidad de mama que se resecará y los componentes medial y lateral que se conservarán para reconstruir el cono. El ancho de la resección se define empujando la mama hacia medial y lateral, dibujando una línea en continuidad con el eje vertical deseado. El área de resección se comprueba mediante la aproximación de los dos bordes en el eje central de la mama. Por último, una línea curva superior sobre la areola une las dos líneas laterales. Es recomendable que la distancia desde el eje de la mama hasta la línea medial y lateral sea igual para evitar las asimetrías y rotaciones entre las mitades de la mama y, que tal distancia no sobrepase los 6 cm a cada lado del eje para que no se produzca una tensión excesiva en el afrontamiento final del cierre cutáneo.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Se efectúa inyección infiltrante del área de la mama que será intervenida, con solución fisiológica con adrenalina en dilución de 1: 10.000 (0.1 cc de adrenalina en 1.000 cc de solución fisiológica). Mediante la maniobra de Schwarzman (compresión circular de la base de la mama para tensar los tejidos del vértice del cono) se efectúa la desepitelización circular periareolar. A continuación, en el ámbito de la línea horizontal se disecciona el polo inferior de la mama, alcanzando hasta la fascia pectoral y se continúa por este plano hacia cefálico, hasta alcanzar el límite superior de la glándula, marcado inicialmente (Figura 2).

Se procede, ahora, a la resección mamaria. En la columna medial y lateral, la resección se hace en continuidad con las incisiones verticales

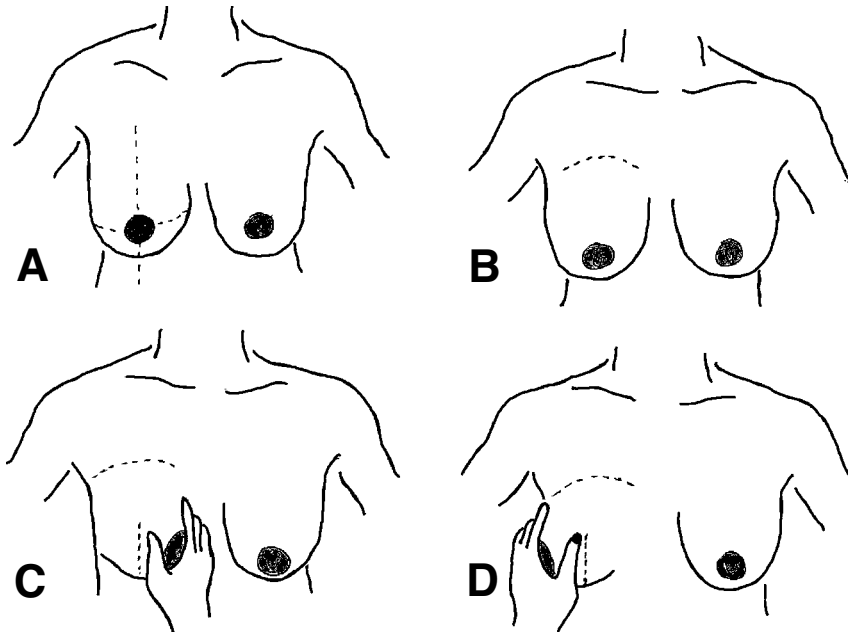
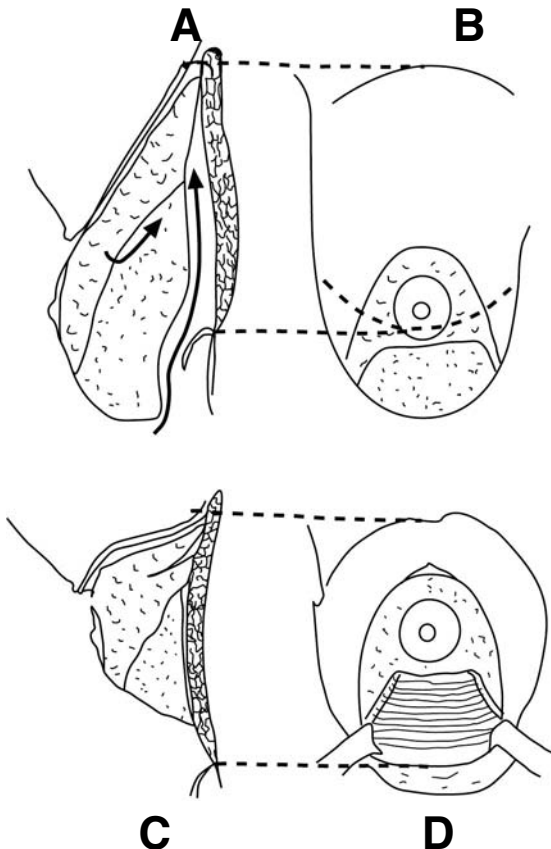


FIGURA 1. Marcas de la piel. A: marca del eje de la mama y del pliegue submamario, B: límite superior de la mama, C: límite lateral de la piel que se conserva, D: límite medial de piel que se conserva.



de la piel. En el ámbito de la areola la resección no debe sobrepasar una distancia mínima de 2 cm bajo la areola y se extiende hacia superior, bajo ésta en forma de quilla, como lo describe la técnica de Pitanguy¹⁵, vaciando la parte central de la mama, hasta conseguir un volumen residual aceptable.

A continuación se efectúa la suspensión superior, con puntos de nylon monofilamento 2/0 entre la fascia del músculo pectoral y la cara posterior del remanente de mama a nivel al borde superior de la areola, cuidando de instalar la sutura en el eje de la mama. Esta sutura eleva la glándula y rellena adecuadamente el polo superior.

FIGURA 2. Resección y suspensión de la glándula. A y B: disección sobre el plano de la fascia pectoral, resección del polo inferior y el área profunda de la glándula, paralelo a la piel, C: suspensión alta de la glándula en la fascia pectoral, D: posición más alta de la mama y del pliegue submamario.

Luego son suturados entre sí los pilares (Figura 3) en dos planos glandulares y un plano subdérmico, de modo que formen los dos bordes de la sutura vertical. Esta sutura origina la nueva línea inframamaria, en los puntos de encuentro D y E. A nivel de esta nueva línea se efectúa una incisión horizontal de 3 cm hacia medial y aproximadamente 5 cm hacia lateral. El colgajo de piel producido con esta maniobra se arrastra hacia arriba y se recorta el excedente ajustando los dos bordes de la línea horizontal. Todo excedente de grasa y mama bajo esta incisión es reseca para darle una definición lateral al nuevo pliegue inframamario. Se instala drenaje aspirativo N° 10 que se exterioriza por contrabertura lateral.

Por último, se efectúa la exteriorización y ajuste de la areola y pezón. Siempre la abertura debe ser similar al diámetro de la areola para evitar tensión en la sutura. Esto significa que en

algunos casos no es necesaria una resección adicional de piel. La piel se cierra con sutura continua 4/0 absorbible (Monocryl^{MR}). Se instala una curación compresiva a nivel del nuevo pliegue mamario, que se reemplaza al día siguiente por sostén de uso continuo por una semana.

RESULTADOS PERSONALES

Desde 1990 he utilizado la técnica para corregir hipertrofia y ptosis mamaria. Entre 1994 y 1995 reemplacé el procedimiento por la técnica periareolar que prometía buenos resultados y sólo cicatrices periareolares. En nuestra experiencia esta técnica produjo 15% de necrosis aséptica y 18% de pezones dilatados¹⁶, por lo que la restringimos a aquellas pacientes con ptosis mínima que sólo requieren una mastopexia. En los siguientes casos de

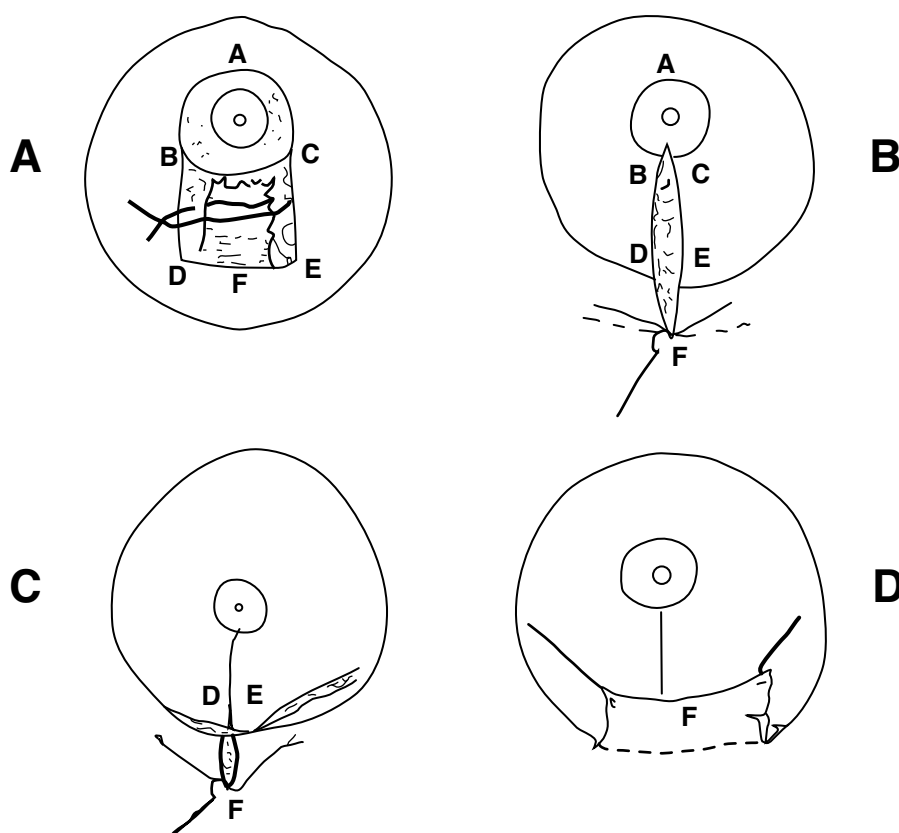


FIGURA 3. Montaje y cierre de la mama. A: sutura simétrica de los pilares medial y lateral, en dos planos, para darle forma cónica y firmeza, B: el nuevo pliegue inframamario se crea al unir los puntos, D y E C: resección de piel excedente siguiendo el nuevo pliegue, D: tracción del excedente de piel y resección para coincidir con el nuevo pliegue.

hipertrofia reiniciamos la técnica de Marchac. En total se operaron 56 pacientes. Se excluyeron 9 casos que fueron sometidos a procedimiento de elevación exclusiva. Se operaron 47 pacientes, con 93 mamas intervenidas. Una paciente con síndrome de Poland fue sometida a implante mamario y reducción contralateral.

La media de edad fue de 33.4 años, con un rango de 16 a 49 años; la mediana de tejido resecado fue de 352 g con un rango entre 100 y 720 g (Figura 4).

La evaluación postoperatoria tardía se efectuó a los 3 y 6 meses postoperatorios. Esta última evaluación fue posible en 25/47 casos (53.2%) y consigna la satisfacción de la paciente con la forma, tamaño, simetría, calidad de cicatriz, la sensibilidad de los pezones, la desaparición de dolor en mamas, cuello y/o espalda y presencia de revisiones o retoques.

Cinco mujeres mostraron insatisfacción con el tamaño final de las mamas, ya que habrían deseado un tamaño menor que el obtenido. En 6 pacientes con clara asimetría de sus mamas, ésta se mantuvo a pesar de intentar corregirla mediante una resección asimétrica. La percepción de las pacientes, hasta 6 meses postoperatorios, es de resultados muy satisfactorios en términos de eliminar las molestias originadas por el peso, corregir el exceso de volumen y mejorar la visión estética de la mama (Tabla 1). Nuestros resultados a largo plazo (más de dos años) no han sido evaluados adecuadamente por pérdida de seguimiento de las pacientes; es un hecho conocido que la forma inicial postoperatoria puede modificarse a largo plazo, siendo el cambio más frecuente la aparición de ptosis del polo inferior.

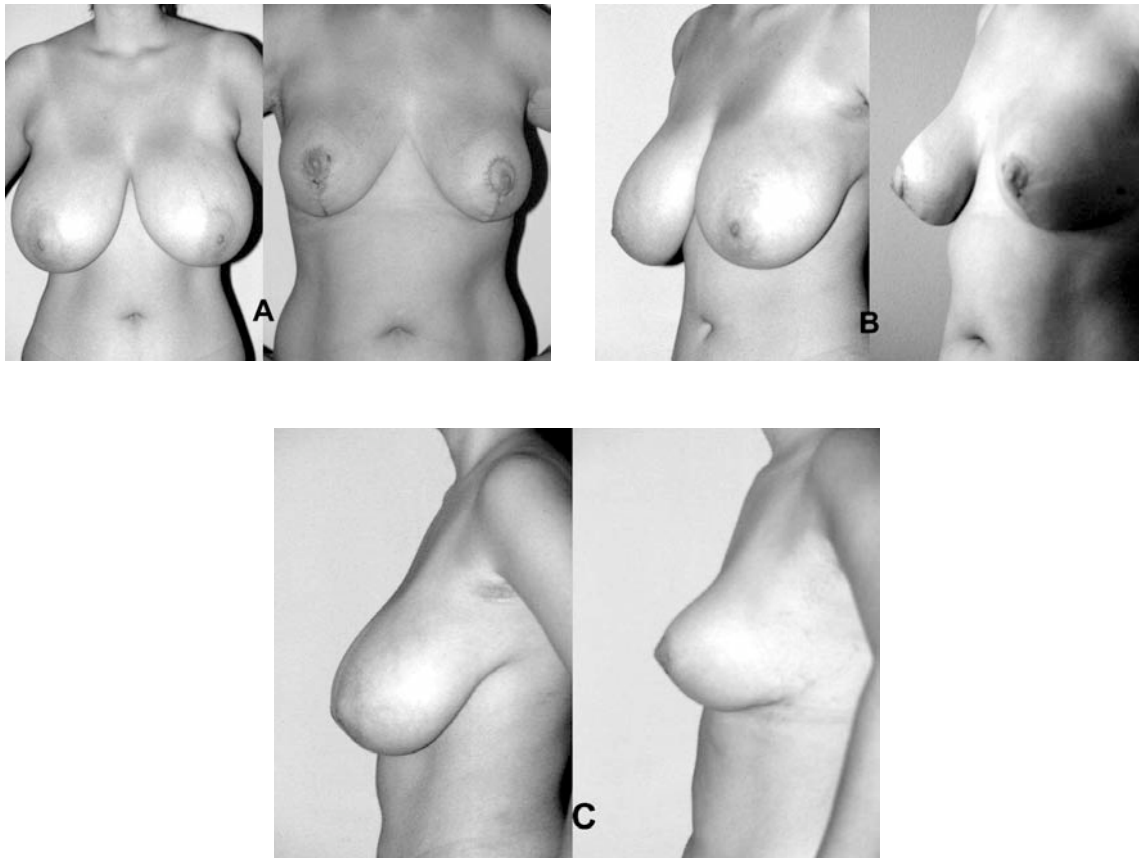


FIGURA 4. Mujer de 17 años, resección 410 g, preoperatorio a 1 mes postoperatorio: A. Imagen de frente, B. Imagen lateral, C. Imagen oblicua.

Tabla 1. Evaluación de resultados mamoplastia técnica de D. Marchac: 1990-2002.

Atributo	Nº casos	%
Satisfacción con la forma	45/47	95.7
Satisfacción con el tamaño	42/47	89.3
Simetría	41/47	87.2
Desaparición de dolor mamas, cuello y/o espalda	26/27*	96.2
Cicatriz insatisfactoria	2/35**	5.7
Disminución de sensibilidad de pezón	3/35**	5.7
Anestesia de un pezón	1/47	2.1
Revisión o retoque	1/47	2.1

* 27 pacientes que refieren dolor mamario, cervical o dorsal.

** no se evaluaron todas las pacientes de la serie.

Las complicaciones registradas son las siguientes: dehiscencia de la confluencia de la T invertida en dos casos, dehiscencia parcial de la sutura de pezón un caso, infección de herida en un caso, hematoma en un caso y necrosis parcial de pezón en un caso (Tabla 2). La incidencia total de complicaciones de esta serie alcanza a 10.5%.

Tabla 2. Complicaciones de la cirugía mamoplastia técnica D. Marchac: 1990 – 2002.

	Nº	%
Sin complicaciones	41	89.3
Dehiscencia parcial de herida	2	4.2
Infección de herida	1	2.1
Necrosis parcial de pezón	1	2.1
Hematoma unilateral	1	2.1

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

La mamoplastia reductiva ha llegado a ser una cirugía de rutina y con buenos resultados. Las técnicas de reducción mamaria verticales, con sus características de conseguir una forma estéticamente agradable y de dejar cicatrices reducidas, han ganado en popularidad en los últimos 20 años. En la bibliografía, las molestias funcionales y psicológicas preoperatorias desaparecen en más del 90% de los casos y el 80% de las pacientes está satisfecha o muy satisfecha con la forma de la mama postoperada^{3,17}. En este contexto, la técnica de D. Marchac cumple los requisitos de ser una buena técnica porque, por una parte, la mejoría subjetiva de la paciente muestra similares porcentajes y, por otra parte, produce buenos resultados, escasas cicatrices y es reproducible. Nuestra tasa de complicaciones global de 15.7% se encuentra dentro del rango publicado. La serie más numerosa disponible en la literatura, con 2.700 mamoplastias reductoras, da cuenta de una incidencia de complicaciones 6.1%¹⁸ y otra serie con 799 pacientes muestra una tasa global de 21.5%¹⁴. La calidad de estas complicaciones se repite en todas las publicaciones y esta serie confirma esa tendencia, siendo la situación más frecuente la dehiscencia parcial de la sutura vertical de la piel^{14,18,19}.

El largo de la cicatriz horizontal conseguida con esta técnica es definitivamente menor que la obtenida con la técnica de Pitanguy^{5,15}, se esconde muy bien bajo el pliegue, por lo que pasa bastante desapercibida y, la forma y posición de la mama remodelada es similar a la obtenida con otras técnicas verticales^{8-10,14}. Uno de los problemas que no hemos superado hasta la fecha se refiere a compensar la asimetría preexistente en las mamas de algunas pacientes, que mantienen una asimetría leve postoperatoria. En la medida que acumulemos experiencia en el diseño y las resecciones de las mamas asimétricas, se espera un resultado post operatorio con mejor simetría.

En conclusión, esta experiencia nacional con un número de casos reducido, muestra que la mamoplastia reductora vertical con T acertada es efectiva en términos de reducir las cicatrices. No obstante, esta técnica no ha conseguido amplia aceptación y esto puede explicarse porque muchos cirujanos plásticos consideran que la mamoplastia vertical es sólo aplicable para reducciones pequeñas y moderadas y, que la

curva de aprendizaje es difícil²⁰. Nuestro grupo de pacientes corresponde al segmento de hipertrofias moderadas (menos de 1.000 g de

resección). En este grupo los resultados los consideramos satisfactorios, lo que nos insta a continuar utilizando y divulgando esta técnica.

REFERENCIAS

1. Georgiades N, Georgiade G, Riehhol R: Cirugía estética de la mama. En: Mc Carthy J, Cirugía Plástica. Buenos Aires, Panamericana, 1994: 159-216
2. Chadbourne EB, Zhang S, Gordon MJ, Ro EY, Ross SD, *et al*: Clinical outcomes in reduction mammoplasty: a systematic review and meta-analysis of published studies. *Mayo Clin Proc* 2001; 76: 503-10
3. Jones SA, Bain JR: Review of data describing outcomes that are used to assess changes in quality of life after reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 2001; 108: 62-7
4. Sood R, Mount DL, Coleman JJ 3rd, Ranieri J, Sauter S, Mathur P, Thurston B: Effects of reduction mammoplasty on pulmonary function and symptoms of macromastia. *Plast Reconstr Surg* 2003; 111: 688-94
5. Pitanguy I: Reduction mammoplasty with a circular folded pedicle technique. *Plast Reconstr Surg* 1992; 90: 75
6. Serletti JM, Reading G, Caldwell E, Wray RC: Long-term patient satisfaction following reduction mammoplasty. *Ann Plast Surg* 1992; 28: 363-5
7. Gradinger GP: Reduction mammoplasty utilizing nipple areola transposition. *Clin Plast Surg* 1988; 15: 641-54
8. Peixoto G: Reduction mammoplasty: a personal technique. *Plast Reconstr Surg* 1980; 65: 2-12
9. Regnault P, Daniel R, Tirkanits B: The minus plus mastopexy. *Clin Plast Surg* 1988; 15: 595-600
10. Lejour M: Vertical reduction and liposuction. St Louis, Quality Medical Publications, St Louis: 1994.
11. Sampaio JC: Periareolar mammoplasty: double skin technique with application of polyglycactine 910 mesh. *Rev Soc Bras Cir Plast Estet Reconstr* 1992; 7: 1-9
12. Bustos RA: Periareolar mammoplasty with silicone supporting lamina. *Plast Reconstr Surg* 1992; 89: 646-56
13. Flageul G, León JC: A propósito de las plastias mamarias verticales: la técnica vertical triangular. *RCCP* 2001; 7: 35-45
14. Menke H, Eisenmann-Klein M, Olbrisch RR, Exner K: Continuous quality management of breast hypertrophy by the German Association of Plastic Surgeons: a preliminary report. *Ann Plast Surg* 2001; 46: 594-8
15. Pitanguy I: Surgical treatment of breast hypertrophy. *Br J Plast Surg* 1967; 20: 78-84
16. Iribarren O, Fischer J, Larenas E, Gallegos E, Hernández J: Mamoplastia mediante abordaje periareolar. *Cuad Cir* 1995; 9: 30-5
17. Aillet S, Watier E, Jamo P: Juvenil breast hypertrophy: analysis of long term results of reductive mammoplasty. *Ann Chir Plast Esthet* 2001; 46: 585-94
18. Pitanguy I: Mamoplastia reductora con retallo superior em hipertrofia mamaria. *Rev Bras Cir* 1984; 74: 265-84
19. Lejour M: Vertical mammoplasty: early complications after 250 cases. *Plast Reconstr Surg* 1999; 104: 764-70
20. Hall-Findlay: A simplified vertical reduction mammoplasty: shortening the learning curve. *Plast Reconstr Surg* 1999; 104: 748-59