



11211 10
2EJ

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
ISSSTE

FALLA DE ORIGEN
TECNICAS QUIRURGICAS PARA HIPERTROFIA
MAMARIA ESTUDIO COMPARATIVO

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN:
CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA
P R E S E N T A :
DRA. FANNY STELLA/HERRAN MOTTA



ISSSTE

MEXICO, D. F.

1995



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

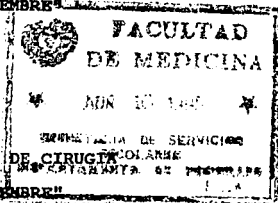
Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

[Signature]
DR. ROBERTO REYES MARQUEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO

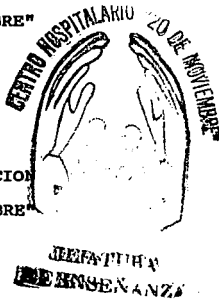
[Signature]
DR. RAMON CERRA GUERRA
ASESOR DE LA TESIS DE POSGRADO
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA
CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

[Signature]
DR. ROBERTO REYES MARQUEZ
COORDINADOR DE ENSEÑANZA DE LA DIVISION DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA
CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"



[Signature]
DRA. ROSA ERASO VALLE
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION
CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

[Signature]
DR. EDUARDO BLANAS GUTIERREZ
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"



DEDICATORIA

A MIS PADRES

A QUIENES DEBO LA VIDA Y EDUCACION, Y
POR MOSTRARME EL CAMINO DE HONESTIDAD
Y TRABAJO.

A MIS HERMANAS

POR SU CONFIANZA Y CARIÑO.

A MI ESPOSO

POR SU AMOR, COMPRENSION Y PACIENCIA.

A MIS MAESTROS

QUIENES CON SUS ENSEÑANZAS CONTRIBUYERON
A MI FORMACION PROFESIONAL.

A MIS ENFERMERAS

POR SU COOPERACION Y AFECTO.

TITULO DE LA INVESTIGACION

TECNICAS QUIRURGICAS PARA HIPERTROFIA MAMARIA

ESTUDIO COMPARATIVO

PERIAREOLAR Vs. PITANGUY Y MCKISBOCK

R E S U M E N

El desarrollo continuo de técnicas quirúrgicas para la obtención de un contorno corporal armónico, balanceado y bello, es un reto que exige la máxima aplicación del Cirujano Plástico, para lo cual se dispone de un importante arsenal de recursos quirúrgicos.

La región mamaria es de vital importancia para la mujer por sus implicaciones físicas y psicológicas, ya que es símbolo de belleza, sexualidad y emblema de maternidad. Por ello se han diseñado múltiples técnicas quirúrgicas para el manejo de la hipertrofia mamaria.

El presente trabajo realiza un estudio comparativo de las técnicas quirúrgicas de reducción mamaria que con mayor frecuencia se realizan en el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre".

Las técnicas quirúrgicas analizadas son las de Pitanguy, McKissock y periareolar, las cuáles proporcionan mejoría a la sintomatología de la hipertrofia mamaria y levanta la autoestima proporcionando seguridad física y emocional a la mujer.

El manejo de la reducción mamaria ha variado a través de los tiempos, desde la amputación como tal, la reducción con transposición libre del pezón preservando de uno a tres pedículos vasculares. Conforme el tiempo pasa se ha ido buscando no sólo el hecho de reducir la mama asegurando la sobrevivencia de la misma mediante su vascularidad sino buscando los mejores resultados estéticos y dejando la menor cicatriz posible.

C O N T E N I D O

| | Pág. |
|---|------|
| INTRODUCCION | 9 |
| MARCO TEORICO | 10 |
| 1. DEFINICION DEL PROBLEMA | 11 |
| 2. ANTECEDENTES HISTORICOS | 13 |
| 3. CONSIDERACIONES ANATOMICAS DE LA REGION MAMARIA | 18 |
| 4. JUSTIFICACION | 21 |
| 5. HIPOTESIS | 23 |
| 6. OBJETIVOS | 24 |
| A. OBJETIVO GENERAL | 24 |
| B. OBJETIVOS ESPECIFICOS | 24 |
| MATERIAL Y METODOS | 25 |
| 1. DISEÑO | 26 |

| | |
|---|----|
| 2. SELECCION DE PACIENTES | 28 |
| A. CRITERIOS DE INCLUSION | 28 |
| B. CRITERIOS DE EXCLUSION | 28 |
| C. CRITERIOS DE ELIMINACION | 28 |
| 3. DESCRIPCION DE LAS TECNICAS QUIRURGICAS | 29 |
| A. TECNICA PERIAREOLAR | 29 |
| B. TECNICA DE PITANGUY | 31 |
| C. TECNICA DE MCKISSOCK | 33 |
| RESULTADOS | 37 |
| ANALISIS | 43 |
| CONCLUSIONES | 45 |

I N T R O D U C C I O N

Las mamas, son un elemento muy importante tanto físico como psicológico para la mujer, son símbolo de belleza y de sexualidad humanas y emblema de maternidad. Por ello, las mamas grandes son foco de autoconcientización, muy sexualizada, porque no puede disimularse con el vestido.

Así pues, el tener unas mamas grandes implica una serie de incomodidades y molestias físicas para la paciente que va desde la dificultad para conseguir la talla de brassier, el hecho de tener la atención de los demás en esa área anatómica, y la sintomatología caracterizada por la dorsalgia, mastalgia, la deformidad acromioclavicular y la xifosis entre otras. Todo esto conlleva a una patología tanto física como psicológica que afecta a muchas de las pacientes que acuden a nuestro servicio.

Entonces las mamas grandes constituyen una entidad denominada HIPERTROFIA MAMARIA. Una mama de tamaño normal es considerada de 250 a 300 cc de volumen; la hipertrofia mamaria moderada es de 300 a 500 cc, la hipertrofia menos importante es de 500 a 700 cc, la hipertrofia importante de 700 a 1.000 cc, la hipertrofia muy importante de 1.000 a 1.500 cc, y la gigantomastia es la de más de 1.500 cc.

MARCO TEORICO

DEFINICION DEL PROBLEMA

Las mamas son pequeñísimas en el recién nacido y la niña, se desarrollan bruscamente en la época de la pubertad; aumentan de volumen durante el embarazo y disminuyen después de la menopausia. (20)

En la mujer adulta, las mamas tienen una parte glandular y otra de tejido adiposo, puede haber un equilibrio entre estos dos tejidos o un predominio de alguno de los dos que se marca en forma importante cuando la mama tiene un volumen mayor de lo normal. (15)

La mama ideal tiene un volumen de 250 a 300 cc, y la hipertrofia varía de acuerdo al exceso de volumen. En este proyecto se considera la hipertrofia mamaria importante, que según Lalardrie y Jouglard tiene un volumen total de 700 a 1.000 cc y con lo cual la paciente presenta una serie de incomodidades y molestias en parte por el peso de la mama y en parte por la serie de complejos que desarrolla la paciente. (18)

Debido a esto es que se penso en analizar tres técnicas quirúrgicas de reducción mamaria y ver cual es la que ofrece mejores beneficios estéticos y de comodidad a las pacientes con este problema.

ANTECEDENTES HISTORICOS

Los primeros escritos sobre el tema de la cirugía de la mama tratan de su mutilación. Hipócrates (460 - 370 a. C.) describió la amputación de la mama mediante el cauterio. Posteriormente Pablo de Egina (625 - 690 d.C.) realiza la primera reducción mamaria al corregir una ginecomastia, resecaando el exceso de tejido por el surco submamario. Pero es Durston en 1669 quien realiza la primera amputación parcial de la mama para el alivio de la hipertrofia masiva de la mama femenina. Siglos después, Theodore Gaillard Thomas en 1882 revive el concepto y empleo de la incisión inframaria para la excisión de tumores benignos. En este mismo siglo Pousson en 1897 describe una técnica para reducción mamaria haciendo resección de piel y TCS en forma de media luna en la parte superior y anterior de la mama; y Verchere en 1898 describe otra técnica de reducción mamaria con resección de piel, TCS y glándula en forma triangular en la región superoexterna.(15-17)

Pero es en el siglo XX donde se presenta un florecimiento importante en técnicas de reducción mamaria. Entre los múltiples personajes en relación a esto tenemos a Hyppolyte Morestin quien en 1903 describe la resección de un tumor mamario por una

incisión a nivel de la axila, y en 1905 relata su técnica de reducción mamaria mediante resección en forma de disco de la parte posterior de la glándula mamaria por medio de incisión submamaria. Warren en 1907 presenta una resección glandular radial al pezón, en forma de cuna de la parte posterior de la glándula mamaria por acceso submamario. Kaush en 1916 publicó la extirpación de piel, TCS y de glándula mamaria alrededor de la areola presentando necrosis por lo que sugirió primero la resección del segmento lateral y en un segundo tiempo el segmento interno. Erik Lexer primero en 1912 presenta una reducción mamaria mediante dos incisiones divergentes desde la parte media de la glándula hasta el surco submamario armando y conificando la mama pero sin presencia de complejo areolar-mamilar; posteriormente en 1919 realizó la reducción mamaria con transposición del complejo areola-mamilar, dejando cicatrices periareolar, subareolar y en el surco submamario; es esta la técnica de reducción mamaria quizá más importante de la época ya que es la precursora de las mamoplastias modernas, con su cicatriz en T invertida, y que se diferencia principalmente por no contar con maniobra de Schwarzmamm. Marx Thorek en 1922 describió la reducción mamaria con trasplante libre de pezón con resultados excelentes. Aubert en 1923 trata la hipertrofia mamaria realizando una incisión periareolar y otra en semicírculo por encima de la areola y de un extremo a otro del surco submamario reseca la piel en esta zona, disecciona colgajo cutáneo

por arriba y expone la mama a la cual le reseca tejido en la parte lateral, la conifica y arma colocando nuevamente el complejo areola-pezón y dejando cicatriz periareolar y subareolar en T invertida. *Hollander* en 1924 realiza resección de la parte inferolateral de la mama hasta la fascia pectoral mayor y de la piel supra-areolar, sutura por planos dejando cicatriz en forma de L ó J con una rama oblicua desde la areola hasta el surco submamario y la otra rama en la parte inferolateral del surco. *Joseph* en 1925 describe su técnica de reducción mamaria con pedículo inferior. *Biesenberger* en 1928 efectua una técnica de reducción mamaria importante reseca la parte externa, conificando la mama, transponiendo el pezón y con cicatriz areolar y en T invertida subareolar; esta técnica aún se usa en algunos casos. *Schwarzmann* en 1930 reseca las partes caudal y lateral de la mama, el complejo areola-mamilar era transportado por un colgajo dermoadiposoglandular de pedículo supero-medial; la desepitelización periareolar que uso se volvió en la clásica maniobra de *Schwarzmann* fundamental en las técnicas de mamoplastia actuales. (15-17)

Durante estas tres primeras décadas del Siglo XX la reducción mamaria se caracterizó por la experimentación, que produjeron muchas ideas, que se han incorporado a los métodos que hoy se emplean. La historia de la mamoplastia de reducción

moderna empieza con la introducción de la técnica de **Biesenberger** y los conceptos de **Schwarzmann** del colgajo areola-pezones vascularizado. a partir de entonces aparecen muchos autores con una u otra modificación, pero de los que sólo mencionaremos a **Strombeck** que en 1960 presenta su técnica de reducción mamaria respetando únicamente los pedículos laterales. (13) **Pitanguy** que en 1961 presenta su técnica de reducción mamaria con tres pedículos superior y laterales, reseca en quilla previa desepitelización con maniobra de **Schwarzmann** y dejando cicatriz periareolar y subareolar en forma de T invertida. (9) **McKissock** en 1972 publica su técnica de mastoplastia reductora con dos pedículos superior e inferior y un colgajo vertical en el que se encuentra el complejo areola-mamilar, dejando cicatriz periareolar y subareolar en T invertida. (8-10)

Y hacia las dos últimas décadas del Siglo XX en busca de realizar la reducción mamaria, asegurando su vascularidad, función y de forma importante la menor cicatriz es que ha tenido auge la técnica de reducción mamaria periareolar, cuyos orígenes vienen desde **Kausch** que en 1916 propuso la mastoplastia en dos tiempos por vía periareolar; **Madame Noel** en 1928 propone la elevación de la mama con resección de piel en la zona periareolar superior en varios tiempos; **Hinderer** en 1969 presenta la técnica de mastoplastia con doble incisión periareolar; (5) y posteriormente en los ochenta se popularizó con los trabajos de

Benelli, Felicio, Faivre, Cerisola, Fossati y otros, (1) quiénes realizan la reducción mamaria vía periareolar, variando básicamente el área en donde realizan la resección de tejido mamario. También han aparecido modificaciones tratando de dar mejor conificación a la mama con esta técnica por lo que se ha utilizado la colocación de una lámina de silicone (6) como soporte o bien unos tirantes tipo brassier interno de material Aloplástico.

De cualquier manera el Cirujano Plástico seguirá en busca de mejores técnicas, que ofrescan mejores resultados y con menor cicatriz, basándose en el conocimiento de quiénes ya experimentaron en el pasado. (19)

CONSIDERACIONES ANATOMICAS DE

LA REGION MAMARIA

Las mamas, son órganos glandulares, están localizados en la parte anterior y superior del torax entre la 2-3 costilla hasta la 6ª costilla y raramente hasta la 7ª costilla. Presentan una cara posterior que es plana y descansa principalmente sobre el músculo pectoral mayor y también sobre el serrato mayor, a los cuales esta unida por la una fascia. La cara anterior es convexa, presenta en su punto más saliente la areola y el pezón que se localiza aproximadamente a nivel de la 5ª costilla. La circunferencia no se marca mucho en la parte superior pero si en la inferior donde forma el surco submamario. (15)

La glándula mamaria propiamente dicha es una glándula arracimada compuesta de acinos, lobulillos y lóbulos que presentan conductos excretorios primero intralobulillares, luego interlobulillares y se condensan para cada lóbulo en un conducto galactóforo, siendo en número de 15 a 20, pero sólo 6 a 8 asumen el 95% de la función total de la glándula. (20)

El tejido glandular se encuentra rodeado de TSC delgado por atras y grueso por delante; y al exterior la cubierta cutánea que consta de una zona periférica. La zona areolar y la zona mamilar o del pezón. (20)

Las mamas presentan tres zonas de extensión o prolongación que es la superior que corresponde a la cola de la mama, también llamada cola de *Spence*, otra es la extensión externa hacia el músculo dorsal ancho y una extensión interna hacia la línea media. Se mantiene en fijación principalmente a la piel en el área de la areola y el pezón por tejido conectivo, y en el resto por bandas de tejido conectivo más desarrollado en la parte superior donde forma el ligamento suspensorio o ligamento de *Cooper*. (12-14)

La irrigación proviene de la mamaria interna, rama de la subclavia que proporciona la mayor irrigación, además de la mamaria externa, rama de la axilar y por ramos perforantes que vienen de las intercostales. Los linfáticos van a los linfáticos externos en el borde inferior del pectoral mayor que drenan en la axila y los linfáticos internos que van a los ganglios mamaris internos. Los nervios proceden del gran simpático por los plexos que acompañan a las arterias, de los seis primeros intercostales excepto del primero, de la rama supraclavicular del plexo

cervical y de las ramas torácicas del plexo branquial; terminan en la piel (filetes cutáneos), en las fibras lisas del músculo areolar y del músculo mamilar (filetes motores), en los vasos (filetes vasomotores), y en la glándula (filetes secretorios). (11-16)

JUSTIFICACION

(Argumentación del proyecto para la Unidad, el Instituto, el País y la Ciencia Médica).

El estudio compara las técnicas quirúrgicas de reducción mamaria: Periareolar Vs. Pitanguy y McKissock, tomando en cuenta que la técnica periareolar:

- Se considera un procedimiento menos agresivo que las otras técnicas. (7)
- Es más fisiológica, ya que conserva mayor número de lóbulos glandulares centrales, además de arteria y nervio papilar, lo cual brinda preservación de la lactancia, irrigación y sensibilidad. (2)
- Es menos costosa en cuanto a uso de material de sutura ya que se menciona que sólo se usa una tercera parte respecto a las técnicas convencionales, lo que beneficia a la Institución. (1)
- Se realiza en menor tiempo quirúrgico que las otras técnicas lo cual beneficia al paciente y a la Institución. (1)

- Puede ser realizada con anestesia local, lo que implica una disminución en el costo para la Institución y menor riesgo para el paciente.

- Deja una incospicua cicatriz periareolar lo cual representa una mejoría estética para el paciente.(3)

- Se refiere a que puede realizarse en hipertrofias importantes ya que puede researse con esta técnica de 200 a 500 cc de volumen mamario.(4)

H I P O T E S I S

Con base en la Justificación, el presente estudio pretende demostrar si:

LA TECNICA PERIAREOLAR EN REDUCCION MAMARIA SE PUEDE USAR EN HIPERTROFIA MAMARIA IMPORTANTE (700 A 1 000 cc DE VOLUMEN MAMARIO) CON MEJORES RESULTADOS ESTETICOS Y DE COMODIDAD QUE LAS TECNICAS DE REDUCCION MAMARIA DE PITANGUY Y DE MCKISSOCK.

O B J E T I V O S

A. OBJETIVO GENERAL:

El objetivo global del presente estudio es el determinar si la técnica de mamoplastia de reducción periareolar es la que ofrece mayor beneficio a las pacientes con hipertrofia mamaria importante.

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Los objetivos específicos que podemos demostrar al desarrollar este proyecto es demostrar si la técnica periareolar:

- Ofrece mejor resultado estético ya que solamente deja una cicatriz periareolar.
- Conserva más y mejor la sensibilidad del pezón.
- Mantiene mejor la función de lactancia.
- Requiere menor tiempo quirúrgico.
- Requiere menor cantidad de suturas.
- Puede realizarse con anestesia local.
- Esta indicada en hipertrofia mamaria importante.

MATERIAL Y METODO

D I S E Ñ O

Se captarán pacientes femeninos con hipertrofia mamaria que cumplan con los criterios de inclusión y se les realizará una serie de mediciones preoperatorias que son del punto medio clavicular al pezón, del pezón a la línea submamaria, del apéndice xifoides al pezón, de la horquilla esternal al pezón y la distancia entre los pezones. Se les realizará un estudio fotográfico preoperatorio en posición ortostática en proyecciones de frente, de tres cuartos derecho e izquierdo y de perfil derecho e izquierdo utilizando para esto película de papel y de diapositivas ASA 100 de 135 mm. Y además se le solicitarán estudios de laboratorio preoperatorios que son BH, QS, TP, TT Y TPT, agregándose a pacientes mayores de 40 años un EKG, tele de torax y valoración cardiológica por el servicio de cardiología o Medicina Interna.

Las pacientes captadas se distribuirán en tres grupos de acuerdo a la técnica quirúrgica de reducción mamaria que sea realizada. Así pues, el grupo A será para la técnica periareolar, el grupo B para la técnica de Pitanguy, y el grupo C para la técnica de McKissock.

Previo al acto quirúrgico se realizará el marcaje de la paciente, estando ésta en posición ortostática. Se llevará a

quirófano, se realizará asepsia, antisepsia, colocación de campos quirúrgicos estériles. El procedimiento quirúrgico se realizará bajo anestesia general o local según el caso. Se realizará la reducción mamaria y se reportará el nombre del Cirujano, de los ayudantes, la técnica quirúrgica realizada, el tiempo quirúrgico, el volumen mamario resecando de cada mama, la cuantificación de la pérdida sanguínea, la nueva posición del pezón, el tipo de ferulización bien sea micropor, brassier de papel o de licra, el tipo de anestesia y el gasto de suturas.

Durante el postoperatorio en la primera semana se vigilará la ferulización de la mama, la viabilidad del complejo areola-pezón, si hay o no datos de hematoma, seroma, necrosis grasa o de piel, infección y dehiscencia de suturas. Posteriormente a los tres meses se valorará si hay persistencia de edema y la evolución de la cicatriz. Y finalmente a los seis meses se valorará el resultado final, realizando nuevamente mediciones como en el preoperatorio y otro estudio fotográfico como en el preoperatorio; se valorará la conformidad o inconformidad de la paciente y se decide el alta.

SELECCION DE PACIENTES

CRITERIOS DE INCLUSION:

Pacientes femeninos con hipertrofia mamaria que cumplan:

- Edad: de 16 a 50 años
- Talla: de 1.40 a 1.80 mts.
- Peso: de 40 a 80 Kgs.
- Volumen mamario: de 700 a 1.000 cc.
- Copa de Brassier: C, D, J.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Aquellas pacientes con hipertrofia mamaria que no se encuentren dentro del grupo de edad, de talla, de peso, de volumen mamario ó de copa de brassier, o para quiénes su Cirujano tenga a bien realizar otra técnica de reducción mamaria.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- Aquellos pacientes que ellos o sus familiares no estén de acuerdo en cooperar con la investigación.
- Aquellos pacientes que no cumplan con las citas para su seguimiento.
- Aquellos pacientes que durante su seguimiento presenten embarazo.

DESCRIPCION DE LA TECNICA QUIRURGICA

A. TECNICA PERIAREOLAR:

MARCAJE:

Con la paciente en posición ortostática se marca el centro de la horquilla esternal, luego se localiza el punto medio clavicular, se traza la línea media mamaria, se traza una línea horizontal que atraviesa el pezón dividiendo así la mama en cuatro cuadrantes. Se traza luego un primer círculo sobre la areola, con el pezón en medio, de aproximadamente 4 cms. de diámetro; luego se traza un segundo círculo por fuera del primero de aproximadamente 10 cms. de diámetro de acuerdo a la cantidad de piel a reseca y cuyo centro varía de acuerdo a la posición en que se quiere dejar el pezón, la distancia entre los dos círculos varía de 1 a 5 cms. aproximadamente.

INCISION:

Se incide la epidermis alrededor del primero y segundo círculo para desepitelizar el área entre los dos. Luego se incide sobre el tejido desepitelizado cerca al borde del segundo círculo y se procede al despegamiento del cono mamario dejando el colgajo cutáneo de buen espesor.

RESECCION:

Aunque se puede resecaer tejido de cualquiera de los cuadrantes, en nuestro servicio se prefiere hacerlo de los cuadrantes externo e interno.

CIERRE:

En un primer plano se aproximan los bordes de los fragmentos mamarios resecaados. Posteriormente se aproxima el borde del segundo círculo al primero que puede ser con una jareta o con secuencia de puntos y finalmente se sutura la piel alrededor de la areola.

CICATRIZ:

La única cicatriz que deja es la línea de sutura alrededor de la areola.

B. TECNICA DE PITANGUY:

MARCAJE:

Con la paciente en posición ortostática, se localiza el punto medio de la horquilla esternal, luego el punto medio clavicular y se traza la línea media mamaria; luego se hace que la paciente eleve los brazos y se traza la línea submamaria y se procede a marcar:

- Punto A: sobre la línea media mamaria se marca el punto A en el lugar donde se proyecta el surco submamario indicado por la colocación del dedo índice en dicho surco. Este punto indica la nueva colocación del pezón.
- Punto B y C; se marcan laterales a una línea transversal que pasa por el pezón al pellizcar la mama y determinar el tejido a resecar.
- Punto D y E que son puntos externo e interno del surco submamario.
- Se unen los puntos A-C y A-B que son el futuro talle de mama descontando lo que se lleva la areola en su mitad inferior.
- Se unen los puntos C-D y B-E en forma recta o curva según la paciente y gusto del Cirujano.

INCISION:

Se incide la epidermis en el área triangular A-B-C y se continúa hacia los puntos D y E y luego sobre el surco submamario. Se incide también la epidermis alrededor de la areola dejandola de un diámetro de 4 cms. aproximadamente. Luego se desepiteliza entre la areola y las líneas ya incididas.

RESECCION:

Resección por debajo de la areola, las partes laterales y el surco submamario para formar una quilla que llega hasta la parte superior de la glándula dejando fuertes pilares interno y externo para inervación y riego sanguíneo.

CIERRE:

Se acercan los pilares interno y externo a la línea media y se sutura a la línea media mamaria sobre el surco submamario de tal forma que se conifica la mama. Sobre la línea vertical media se realiza la desepitelización para sacar el pezón. Se cierra en dos planos, el TCS y la piel y alrededor de la areola.

CICATRIZ:

La cicatriz que deja es alrededor de la areola, de esta al surco submamario y sobre el surco submamario formando una T invertida.

C. TECNICA DE MCKISSOCK

MARCAJE:

Con la paciente en posición ortostática, se localiza el centro de la horquilla esternal, se localiza entonces el punto medio clavicular, y se traza la línea media, también se traza el surco mamario pidiendo a la paciente que eleve los brazos y luego se procede a:

- Localización del nuevo pezón: sobre la línea media mamaria a una distancia entre 18 y 22 cms. del punto medio clavicular se marca el punto donde va a quedar el nuevo pezón.
- Colocación de la plantilla en ojo de cerradura; se toma como centro del ojo de la cerradura el punto marcado para el pezón y los brazos de la plantilla van tangenciales a la areola, por fuera de la pigmentación; estos se prolongan verticalmente hacia el surco submamario.
- Del sitio donde terminan los brazos de la plantilla en ojo de cerradura se trazan unas líneas en forma de s hacia los extremos de la línea submamaria.

INCISION:

Se incide la epidermis alrededor de la areola dejándola de

aproximadamente 4 cms. la epidermis sobre el trazo de la plantilla en ojo de cerradura y su prolongación hacia el surco submamario y se desepiteliza esta área. Luego se incide a lo largo de los bordes del colgajo desepitelizado y se extiende hacia arriba aproximadamente al 2 y 10 del reloj sobre el ojo de la cerradura.

RESECCION:

Se resecan los triángulos de piel, TCS y tejido mamario que estan comprendidos por fuera del área desepitelizada y van entre las prolongaciones laterales y el surco submamario, de tal forma que se respeta el pedículo inferior. Luego se reseca tejido por detras del colgajo desde el nivel del pezón hasta inmediatamente por encima de la nueva ventana areolar y el colgajo se convierte de este modo en "asa de cubo".

CIERRE:

El cierre se inicia replegando el colgajo vertical sobre si mismo, colocando y suturando la areola dentro de su ventana. Los colgajos interno y externo se arropan alrededor de la masa de colgajo plegado y se aproximan por medio de un cierre en dos planos. Luego se sutura la línea submamilar también dos planos.

CICATRIZ:

Deja cicatriz alrededor de la areola, de esta al surco submamario y sobre el surco submamario, formando también una T invertida.

R E S U L T A D O S

A N A L I S I S

C O N C L U S I O N E S

R E S U L T A D O S

Se formaron tres grupos de pacientes con hipertrofia mamaria importante de acuerdo a los criterios de inclusión, exclusión y eliminación. Cada grupo quedo conformado por diez pacientes para cada una de la técnicas de reducción mamaria que se estudiaron.

Los grupos de pacientes se designaron así: Grupo A para quienes se les realizó reducción mamaria con técnica periareolar, Grupo B técnica de Pitanguy, y grupo C para técnica de McKissock.

La cirugía fué realizada con anestesia general inhalatoria para los grupos B y C; y con anestesia general o local con sedación para el grupo A. La pérdida sanguínea transoperatoria no fué mayor en ninguno de los tres grupos, siendo la máxima de 250 cc.

El tipo de ferulización empleado fué con brassier de papel en el grupo A, con microporo y brassier de licra en el grupo B, y brassier de licra solo en el grupo C.

El gasto en material de sutura fué aproximado en seis suturas en el grupo A, diez suturas en el grupo B y de nueve suturas para el grupo C.

El volumen mamario resecaado fué en promedio de 250 a 400 gr. en cada mama, en el grupo A; de 300 a 500 gr. en el grupo B y de 300 a 600 gr. en el grupo C. Dejando mamas con un volumen aproximado de 300 a 400 gr., con lo cual disminuyeron su copa de brassier que en el preoperatorio era C, D, o incluso J, para convertirse en copa B bien llena o copa C no muy ajustada.

En las tres técnicas de reducción mamaria se disminuyeron las distancias medio-clavicular al pezón, la distancia medio-esternal al pezón, la distancia del apéndice xifoides al pezón, la distancia entre los pezones y la distancia de la areola al surco submamario, esto debido a que el complejo areolo-mamilar cambio de localización, ascendiendo en promedio de 3 a 5 cms. en el grupo A, de 4 a 8 cms. en el grupo B y el grupo C, con lo que el complejo areolo-mamilar quedo localizado normalmente entre los 18 y 22 cms. sobre la línea medio-clavicular.

Dentro de las complicaciones que se presentaron podemos mencionar alteración en la cicatriz, siendo poco definida y perdiendo el límite de la areola, en la técnica periareolar, presentandose en una de diez pacientes y lo cual no fué muy trascendental y en ocasiones se mejoró con pigmentación a ese nivel; y se presentó cicatriz hipertrofia en la cicatriz subareolar y principalmente en el surco submamario, en los grupos B y C, reportándose tres casos de las veinte pacientes de estos dos grupos.

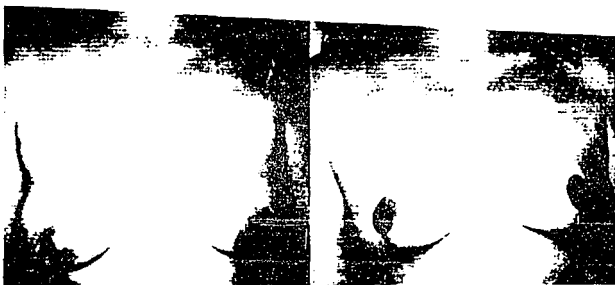
También se encontraron como complicaciones dehiscencia de la sutura parcialmente en uno de cada uno de los tres grupos. Y sufrimiento de colgajos en la unión de los colgajos laterales al surco submamario en dos casos del grupo B. En ningún caso se reporto sufrimiento del complejo areolo-mamilar, tampoco se registro presencia de seromas o hematomas ni de infección.

En todas las técnicas estudiadas las pacientes se mostraron satisfechas del resultado, calificando su cirugía entre ocho y diez de calificación.

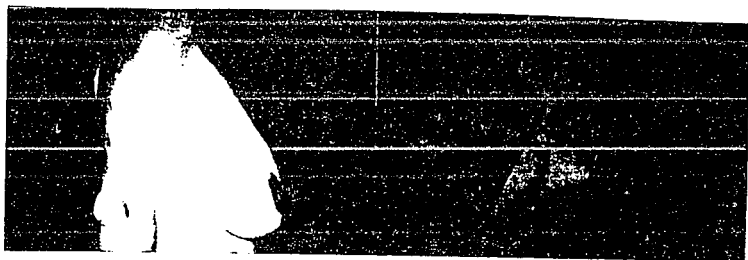
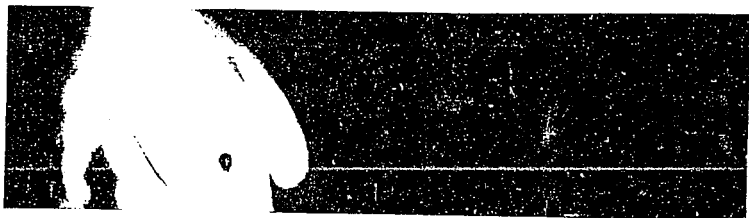
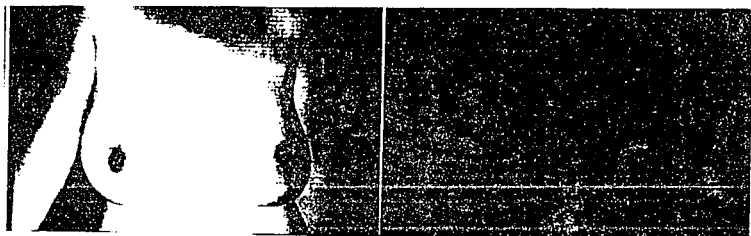
Se presentaron fotos pre y post quirúrgicas de un ejemplo de cada una de las técnicas de reducción mamaria empleadas para el manejo de la hipertrofia mamaria importante.

FALLA DE ORIGEN

REDUCCION MAMARIA
"TECNICA DE HCKISSOCK"



REDUCCION MAMARIA
"TECNICA DE PITANGUY"



FALLA DE ORIGEN

REDUCCION MAMARIA
"TECNICA PERIAREOLAR"



FALLA DE ORIGEN

A N A L I S I S

De acuerdo a lo observado y analizado en tres técnicas quirúrgicas de reducción mamaria estudiadas, tenemos:

- a) Las tres técnicas son bastante seguras en cuanto a su irrigación ya que el grupo A y B conservan sus tres pediculos vasculares y la técnica del grupo B conserva dos pediculos.
- b) Las tres técnicas no implican un sangrado transoperatorio considerable.
- c) Las tres técnicas quirúrgicas se pueden realizar con anestesia general inhalatoria pero la del grupo A tiene la ventaja que puede realizarse con anestesia local.
- d) Las tres técnicas quirúrgicas emplearon algún tipo de ferulización a elección del Cirujano.
- e) El gasto de material de sutura es practicamente igual en los grupos B y C, pero es mucho menor en el grupo A.
- f) El tiempo quirúrgico fué aproximadamente de dos horas a dos horas treinta minutos en los grupos B y C, y en el grupo A fué de una hora y treinta minutos a dos horas.

- g) En cuanto a complicaciones en ninguna de las técnicas hubo presencia de seroma, hematoma o infección. En todas en mínima proporción se presentó dehiscencia de sutura y cicatriz alterada.
- h) El resultado fué satisfactorio en las tres técnicas quirúrgicas empleadas.

CONCLUSIONES

Una vez analizado los resultados de las tres técnicas quirúrgicas empleadas en nuestro servicio con mayor frecuencia, para el manejo de la hipertrofia mamaria importante, podemos concluir que las tres técnicas quirúrgicas ofrecen buenos resultados, cada una de acuerdo con las expectativas de la paciente y el gusto del Cirujano.

Así pues, podemos comentar que la técnica quirúrgica empleada en el grupo B, es la técnica que proporciona mayor conificación de la mama, permitiendo la resección de tejido mamario que no comprometa la lactancia; su inconveniente es la cicatriz amplia, pero en piel blanca es casi imperceptible, además la cicatriz más amplia se esconde muy bien en el surco submamario.

La técnica quirúrgica utilizada en el grupo C, es una técnica que sacrifica la lactancia, por lo que se emplea en mujeres que ya procrearon. La forma que deja a la mama es ligeramente achatada y la cicatriz tiene las mismas consideraciones que en el grupo B.

Finalmente, la técnica quirúrgica que se realizó en el grupo A, es una técnica que para el grado de hipertrofia mamaria

considerado, esta indicada; no compromete la lactancia, y la cicatriz que deja es mínima, por lo cual es bastante preferida por mujeres jóvenes. La forma que deja a la mama es redondeada, que para muchos es la forma más cercana a la anatómica. Tiene además la ventaja de poder realizarse con anestesia local, el tiempo quirúrgico es menor en manos experimentadas, el gasto de sutura es menor y las complicaciones son mínimas por lo que es la de menor morbilidad.

B I B L I O G R A F I A

1. Benelli, L.: A new periareolar mammoplasty: Round block technique, *Aesthetic Plast. Surg.* 1990; 14: 99-107.
2. Felicio, Y.: Periareolar Reduction Mammoplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery.* 1991; 88 (5): 789-800.
3. Felicio, Y: Mammoplastia de reducción con solo una incisión periareolar. *Cir. Plast. Ibero. Lat. Am.* 1986; 12: 245-252.
4. Ribeiro, L., Muzzy, S., Accorsi Jr.: Mammoplastia reductora, técnica circunferencial. *Cir. Plast. Ibero. Lat. Am.* 1992; 3: 251-259.
5. Cerizola, M., Fossati, G.: Plastia mamaria reductora. Técnica periareolar y periareolar ensanchada. *Cir. Plast. Ibero. Lat. Am.* 1989; 1: 57-64.
6. Bustos: Periareolar Mammoplasty with silicone supporting lamina. *Plastic and Reconstructive Surgery.* 1992; 88 (4): 646-659.
7. Hang, L.: Subjetive Comparison of six different reduction mammoplasty procedures. *Aesthetic. Plast. Surg.* 1991; 15 (4): 297-302.

8. Perbeck, L.: Skin circulation in the nipple after reduction mammoplasty with a bipedicle vertical dermal flap. Scand. J. Plast. Reconstr. Surg. 1991; 25 (1): 41-47.
9. Pitanguy, I.: Surgical treatment of breast hypertrophy. Brit. J. Plast. Surg. 1967; 20: 78.
10. McKissock, P.: Reduction Mammoplasty with a vertical dermal flap. Plastic and Reconstructive Surgery, 1972; 49 (3) 245-252.
11. Mc Carty. Plastic Surgery. W.B. Saunders, Editor, Vol. VI, 1990.
12. Guthrie, R., and Schwartz, G. reconstructive and Aesthetic Mammoplasty. W.B. Saunders Company, 1989.
13. Ribeiro Liacyr. Cirurgia Plastica da Mama. MEDSI Editora Medica e Cientifica Ltda, 1989.
14. Coiffman Felipe. Cirurgia Plástica y Reconstructiva. Editorial Salvat, Tomo II, 1986.
15. Regnault Paule. Aesthetic Plastic Surgery. Principles and Techniques. Little, Brown and Company. 1984.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

16. Grabb William, Cirugía Plástica, Editorial Salvat, 3ª edición, 1984.
17. Pitanguy Ivo. Aesthetic plastic Surgery of Head and Body. Springer-Verlag. 1981.
18. Goldwyn Robert. Cirugía Plástica y de Reconstrucción Mamaria. Editorial Salvat, 1981.
19. Owsley, Jr., and Peterson, R. Symposium on aesthetic surgery of the breast. The C. V. Mosby Company, 1978.
20. Testud, L., Latarjet, A. Compendio de anatomía descriptiva. Salvat Editores, 1978.