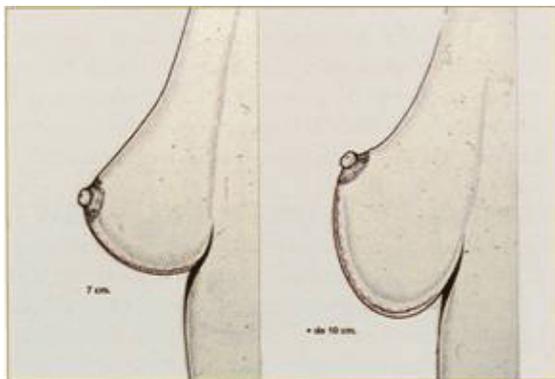


Dr. Javier Bisbal  
Clínica Planas, Barcelona, Spain

**MORFOLOGÍA.** Estudiaremos la calidad de la piel mamaria y sus conexiones cutáneas glandulares. La piel puede ser tensa o laxa. Puede estar firmemente adherida a la glándula o desplazarse libremente y sin conexión. Observaremos la presencia de estriás, generalmente longitudinales en el polo superior y en dirección hacia el pezón, mostrando las líneas de máxima tensión. La existencia de estas estriás junto a otros signos de atrofia cutánea nos pondrá en aviso sobre la falta de elasticidad de la piel y por consiguiente sobre su escasa capacidad de retracción. Mediremos la posición del pezón con respecto a la fosa supraesternal, el volumen global y el predominio tisular por cuadrantes. Tiene mucha importancia la base de implantación de la mama y su prolongación axilar, así como la distancia intermamaria. El surco intermamario tiene múltiples variaciones, presentando en ocasiones una unión en forma de brida que une las dos mamas en su base. Todos estos datos pueden condicionar la técnica a seguir. En todas las alteraciones morfológicas de la mama, debemos estudiar y considerar las asimetrías, teniendo presente que pueden requerir tratamientos distintos para cada mama. Al valorar la nueva situación y forma de la mama en nuestro proyecto quirúrgico, deberemos tener en cuenta varios factores. Sobre todo, hay que tener presente que el resultado estético de una mama dependerá de la forma obtenida a largo plazo, mínimo 6 meses, ya que en este tiempo experimentará cambios que debemos prever. Una exagerada elevación del complejo areola-pezón, puede ser causa de que la distancia areola-surco submamario sea finalmente excesiva, lo que provocará un resultado inestético al bascular la mama y quedar el polo superior vacío (Fig. 2). La nueva localización del CAP, no solo debe ser más alta, sino también más medial, de modo que las mamas no queden excesivamente separadas.



El volumen final deberá haber sido consensuado previamente con la paciente, teniendo en cuenta que, en técnicas con cicatriz vertical que dependen en gran parte de la capacidad de retracción cutánea, el volumen disminuye considerablemente en el curso de los dos primeros meses. De modo especial tendremos presente las dimensiones y localización de las cicatrices, intentando que sean lo más reducidas posibles, sin que por ello la forma o las propias cicatrices se resientan a límites tan o más inestéticos como la propia cicatriz. En ninguna técnica deberán sobrepasar el surco submamario o la línea axilar media.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA PTOSIS MAMARIA

Se han descrito muchas técnicas de mastopexia y de reducción mamaria, pero en síntesis todas tienen tres objetivos fundamentales: elevar el complejo areola-pezón, conseguir una forma y volumen estéticamente correctas y lograr las cicatrices más disimuladas posibles. La cicatriz es el peor enemigo del Cirujano Plástico. Deberemos buscar en cada caso la forma de minimizarlas, pero siempre bajo el criterio de que, en el resultado final, el ahorro de una cicatriz no nos deteriore una forma hasta extremos inaceptables. En la elección de un método u otro para la mastopexia, además de los grados de ptosis, deberemos tener en cuenta otros factores personales de cada paciente. Como ya citábamos con anterioridad, tiene especial importancia la calidad de la piel y su capacidad de retracción. Valoraremos también la prolongación mamaria axilar, la distancia intermamaria y la existencia de cicatrices o de patologías mamarias previas. Con todo ello finalmente deberemos considerar a su vez, la opinión de la paciente en función de las posibilidades que le hayamos ofrecido. Siguiendo estos criterios y de modo general, la pauta que seguimos en el tratamiento de la ptosis mamaria es la siguiente:

### PTOSIS MAMARIA GRADOS I Y II

En estos casos el tratamiento precisará frecuentemente de un implante de prótesis. Es posible en las ptosis de grado I, que con el implante sea suficiente, ya que el relleno del polo superior y el ligero descenso del surco submamario, conseguirán que el aspecto ptótico desaparezca y que la mama obtenga un buen resultado sin precisar nada más. (Fig. 3 a, b, c, d). Cuando la piel es muy flácida o excesiva, puede precisarse una pequeña refección cutánea. Solo en caso mínimo, en los que se precise muy poca elevación y poca refección cutánea procederemos a una resección periareolar excéntrica. No aconsejamos resecciones periareolares grandes, que a medio plazo provocarían areolas de gran diámetro, cicatrices anchas, y aspecto deprimido crateriforme del centro de la mama. Cuando precisamos una resección cutánea mayor, preferimos hacerlo prolongando la resección en huso hacia abajo, lo que dejaría una cicatriz vertical. Esta cicatriz será lo más corta posible y no sobrepasará el surco submamario. En el caso de que la paciente no quisiera prótesis, la elevación podrá hacerse siguiendo las mismas pautas que explicaremos para el grado III, sabiendo que inevitablemente resultará una mama pequeña.

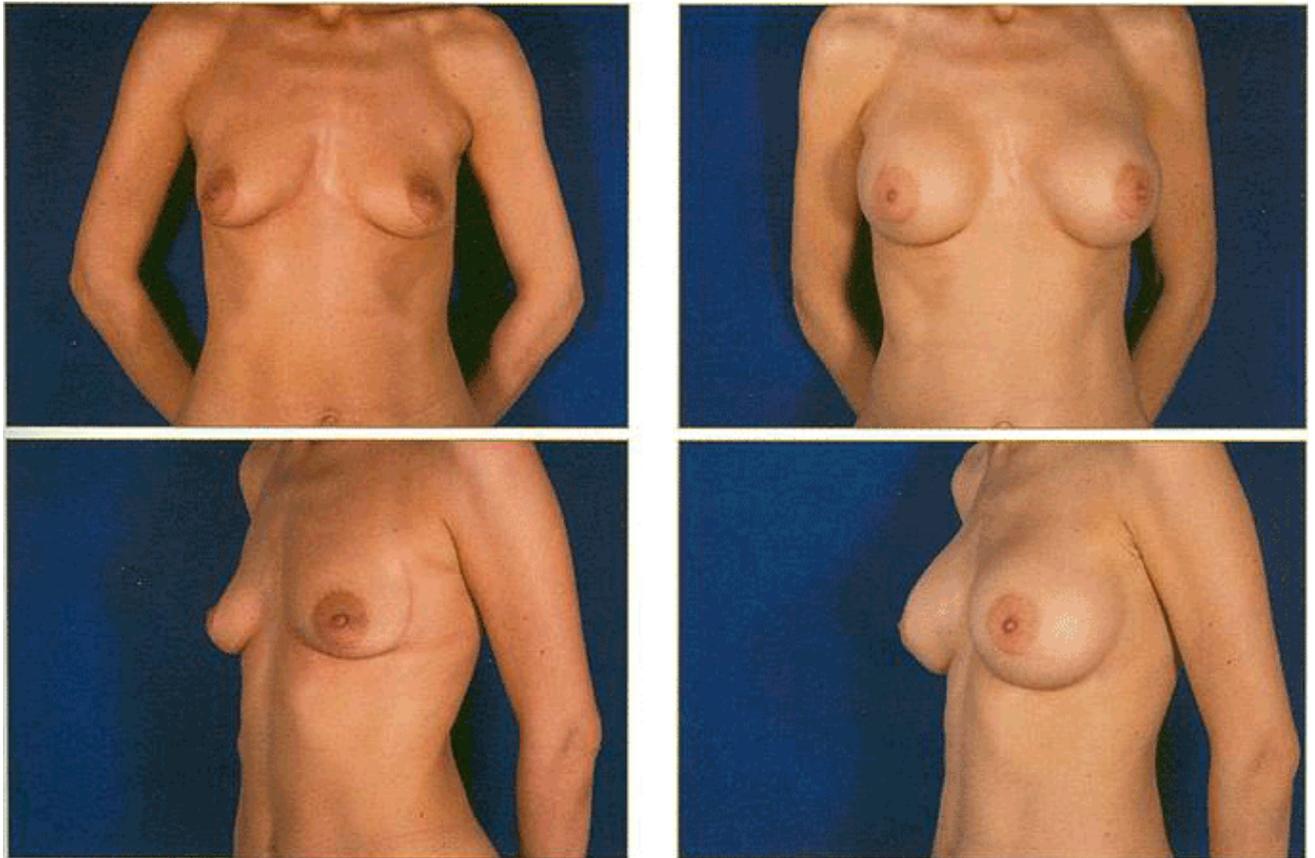


Figura 3 a y c. Preoperatorio de una ptosis mamaria asimétrica grados I y II, b y d. Resultado tras implante de prótesis vía periareolar con descenso del surco.

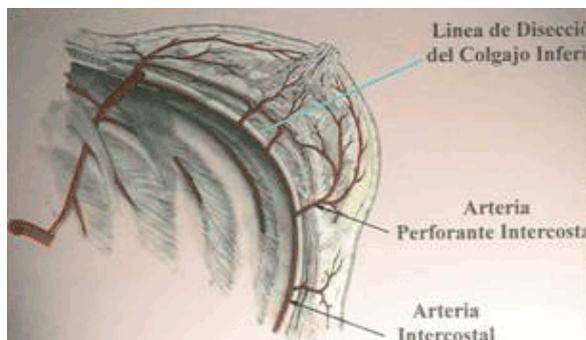


Figura 4. Vascularización del colgajo inferior

La mama quedará dividida en una parte superior con una concavidad central y otra inferior en forma de un colgajo dermo-grasoglandular. Este colgajo tiene una excelente vascularización a través de las perforantes que provienen de las intercostales, por lo que podrá reducirse y modelarse a voluntad (Fig. 4). Su empleo nos ayudará a rellenar el polo superior evitando el vacío que queda en esta zona con el paso del tiempo al emplear otras técnicas quirúrgicas. Nos servirá para proyectar la areola y, además, al poder reducirse o dejarse de su tamaño según convenga, nos dará una ventaja añadida, la facilidad para lograr simetría, ya que el volumen definitivo de las mamas lo determinará el tamaño de este colgajo.

## REDUCCIÓN Y MASTOPEXIA CON CICATRIZ VERTICAL TÉCNICA QUIRÚRGICA



El marcado preoperatorio de la mama es imprescindible y de su diseño dependerá en gran parte el resultado final. Siempre lo hacemos con la paciente en pie. En el momento en que la paciente se coloca en decúbito, las proporciones de la mama cambian y todas sus líneas se distorsionan, al aplanarse y lateralizarse por efecto de la gravedad. Marcamos la nueva ubicación de la areola con el patrón de Wise, sobre una línea que va desde un punto situado en la clavícula a 6,5 cm de la fosa supraesternal, hasta el pezón, y que es equidistante a la línea media respecto a la contralateral.

Figura 5. Marcado para técnica de reducción con cicatriz vertical

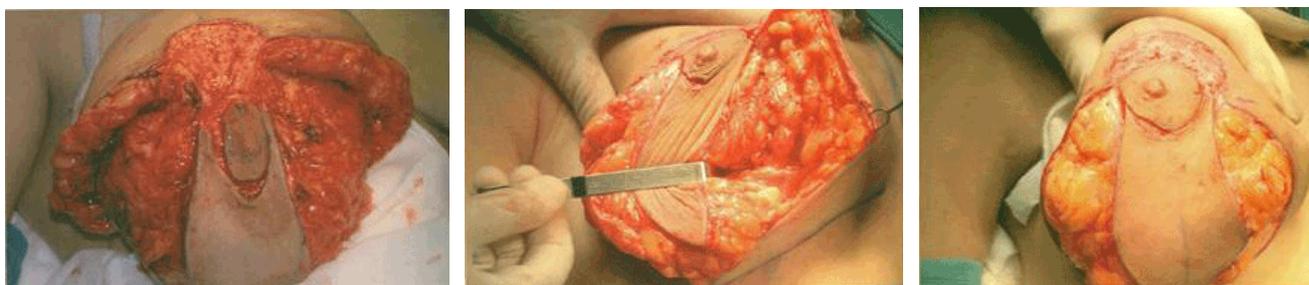


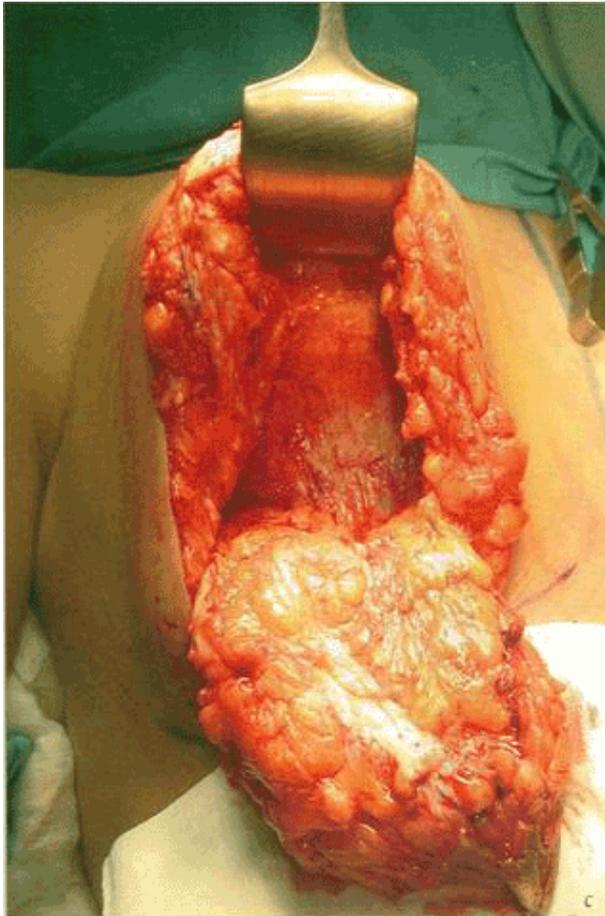
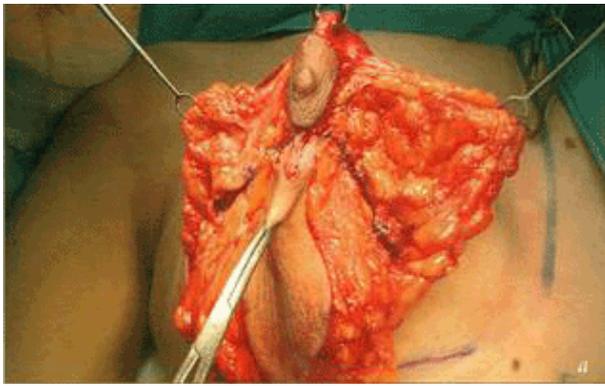
Figura 6. a, b, c. Disección de la mama dejando dos colgajos laterales de 2 cm de espesor.

La nueva situación de los pezones estará a unos 10 o 12 cm de esa línea media. Al decidir la altura a la que subimos el CAP, deberemos tener presente la distancia areola surco submamario que va a quedar al terminar la cirugía. En las elevaciones y reducciones con cicatriz vertical, esta distancia podrá reducirse hasta un cierto punto mediante el fruncido cutáneo; si esta distancia fuera excesiva, el resultado no sería correcto y la evolución a medio plazo daría un mal resultado. Desde los extremos inferiores de la herradura del patrón de Wise, trazaremos un huso simétrico a la línea media, que terminará a 2 cm por encima del surco submamario. Es muy importante que la amplitud de este huso no sea excesiva, puede determinarse por pinzamiento cutáneo o con unos puntos provisionales que nos den una idea aproximada del cierre que conseguiremos. Sobre toda su porción superior, una resección excesiva, podría dar lugar a un cierre a tensión que provocaría una brida bajo la areola de muy difícil solución. Por otra parte siempre podremos resecar más piel, si al final resultara insuficiente. En previsión de este problema solemos dibujar un entrante al inicio del huso, que limite en esta zona la cantidad de piel a extirpar (Fig. 5).

Iniciamos la operación desepidermizando la zona periareolar, necesaria para subir la areola. A continuación incidimos las líneas laterales del huso y disecamos ampliamente los dos colgajos laterales por encima de la mama, dejando un espesor de tejido de unos 2 cm. Nos quedará la mama a la vista ( Fig. 6 a, b, c).

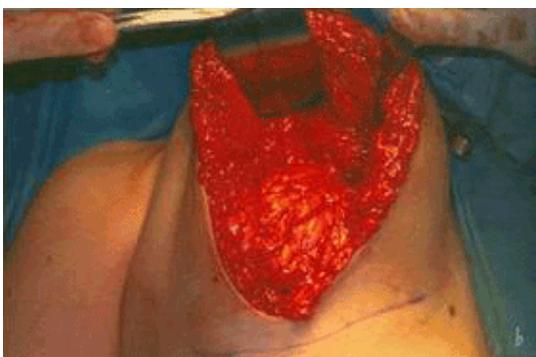
En este momento, sujetando y levantando toda la mama desde la región supraareolar, la bipartiremos en cuartos desde el nivel subareolar y hasta el plano pectoral, tendremos la mama dividida en dos mitades tal y como citábamos con anterioridad, con un gran colgajo inferior de demo-graso-glandular. Disecaremos en la mitad superior un amplio bolsillo suprafascial hasta el nivel de la segunda costilla. Si la mama precisa reducción, la haremos principalmente a expensas del colgajo inferior y de los cuadrantes externos (Fig. 7 a, b, c, d). Subiremos la areola verticalmente, es decir manteniendo un pedículo medio superior y la suturaremos en su nueva ubicación. Introduciremos entonces el colgajo inferior, una vez remodelado y desepitelizado en el bolsillo superior bajo la areola y lo suturaremos a pectoral lo más alto posible con tres puntos de material irreabsorbible (Fig. 8 a, b c). Cerraremos entonces los dos laterales sobre este colgajo al estilo de la técnica Lejour, es decir frunciendo hasta conseguir reducir la distancia areola-surco submamario, hasta un máximo de 8 cm, (Fig. 9 a, b, c).

La introducción y sutura del colgajo interior puede hacerse al final, al terminar las dos mamas.



*Figura 7 a, b, c. Bipartición en cuña de la mama, hasta plano pectoral, quedando un gran colgajo dermo gras glandular de pedículo inferior.*

*Figura 7 d. Reducción de la mama a expensas especialmente del colgajo inferior y de los cuadrantes externos.*





No somos partidarios de grandes vendajes; a las 24 h colocamos un sujetador de tipo deportivo, que sujete l y modele la mama de forma correcta. Retiramos los puntos (intradérmicas con nylon 3 y 4 /0) a los 8 días, y recomendamos que este tipo de sujetador lo lleven día y noche por espacio de un mes.

La cicatriz vertical, en principio fruncida, va mejorando progresivamente, las arrugas desaparecen y queda l alrededor de las tres semanas. Si hemos hecho una reducción, el volumen definitivo lo veremos a los dos meses, reduciéndose como mínimo una talla de sujetador en el transcurso de ese tiempo.

La posibilidad de un retoque en la cicatriz deberá estar prevista y conocida por la paciente, por lo general se pocos y se limitan a los extremos de la cicatriz vertical, tanto inferior, como superior. En este último a veces debido a restos areolares, cuando las areolas eran muy grandes.

Hemos podido seguir la evolución de las pacientes operadas con esta técnica a largo plazo, los resultados que mostramos son ambos cuatro años postoperatorios, viéndose que las mamas se mantienen en posición correcta y que mantienen relleno el polo superior gracias al empleo del colgajo inferior. (Fig. 10 a, b, c, d) (Fig. 11 a, c, d).

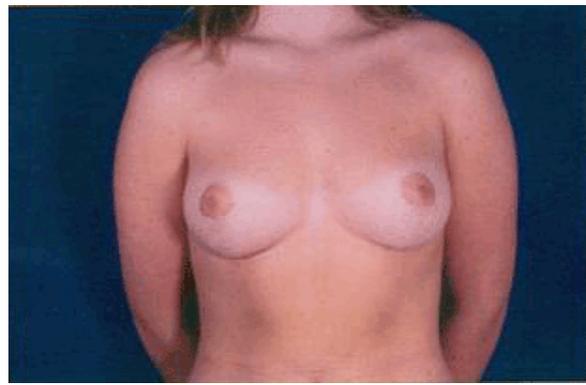


Figura 10 a y c. Preparatorio de una hipertrofia virginal moderada

Figura 10 d y d. Resultados los 4 años tras una técnica con cicatriz vertical.

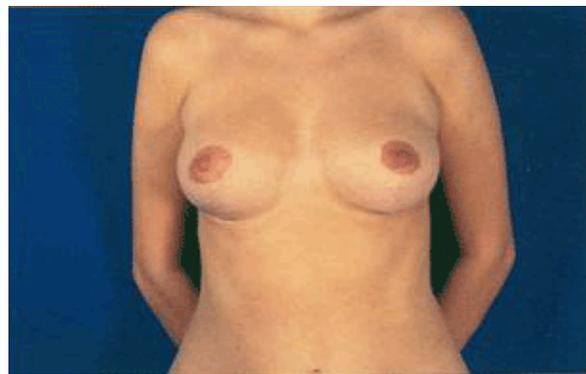
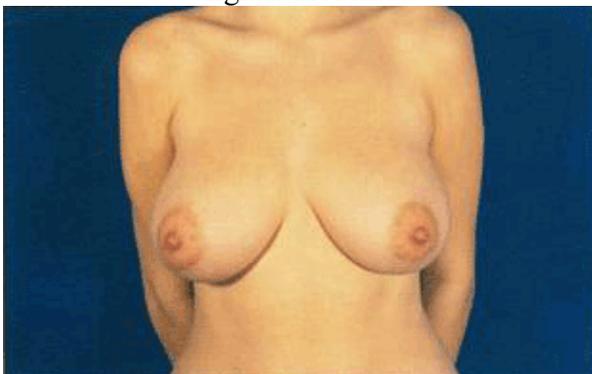




Figura 11 a y c. Preoperatorio de una ptosis grado III con hipertofia moderada.



Figura 11 b y d. Resultado a los 4 años tras una técnica con cicatriz vertical.

### PTOSIS MAMARIA GRADO IV

Estas ptosis casi siempre son secundarias a grandes hipertrofias, los pezones se encuentran situados a más de 29 cm. de la fosa supraesternal, y nuestro primer planteamiento será la elección de la técnica a emplear, en función principalmente de las cicatrices. ¿Hasta que limites podemos emplear la técnica con cicatriz vertical? ¿Que es mejor una forma excelente con mayor cicatriz, o una forma no tan buena pero con una cicatriz reducida?. Estas cuestiones nos las planteamos todos y a veces es difícil tomar la decisión y cuando la toma fácilmente puede ser cuestionada. De lo que estamos seguros es de que no debe dogmatizarse sobre ninguna técnica: no existe la técnica que sirva y vaya bien para todos los casos. Por lo que deberemos seleccionar a pacientes en función de una serie de características que según nuestro criterio y de un modo general es el siguiente: A. Cuando nos encontramos ante grandes hipertrofias, con un presupuesto de reducción de más de 750 gr por mama y una situación del pezón a más de 29 cm de la fosa supraesternal, cuando los pedículos de implantación sean muy grandes con una importante prolongación axilar, cuando las mamas este unidas en línea media y sobre todo cuando la calidad de la piel es deficiente, con múltiples y profundas estriás y con signos de atrofia evidentes, indicaremos una reducción con cicatriz en T invertida. También indicaremos esta técnica, en aquellas grandes ptosis, que aunque no vayan acompañadas de hipertrofia, manifiesten importantes signos de deficiencia cutánea que presupongan una gran resección de piel para lograr un correcto ajuste mamario.

Cuando realizamos la técnica con cicatriz en T invertida los principios básicos serán los mismos que en la mastoplastia con cicatriz vertical, es decir el marcaje previo con patrón de Wise, la bipartición de la mama en cuna desde el nivel subareolar y el empleo del colgajo dermo-graso- glandular de pedículo inferior para rellenar el polo superior. La areola se sube a su nueva ubicación a través de un pedículo mediolateral interno, que es de gran seguridad y permite grandes ascensos.

B Cuando nos encontramos ante importantes hipertrofias, pero con piel de buena calidad, tensa y sin estriás es decir cuando nos encontramos ante las denominadas hipertrofias virginales de la mama, lo cual va casi siempre ligado a pacientes jóvenes. Podemos plantearnos la mastoplastia con cicatriz vertical, tal y como indicábamos para las ptosis de grado III (Fig 12 a, b, c, d)



Figura 12 a y c. Preoperatorio de una hipertofia

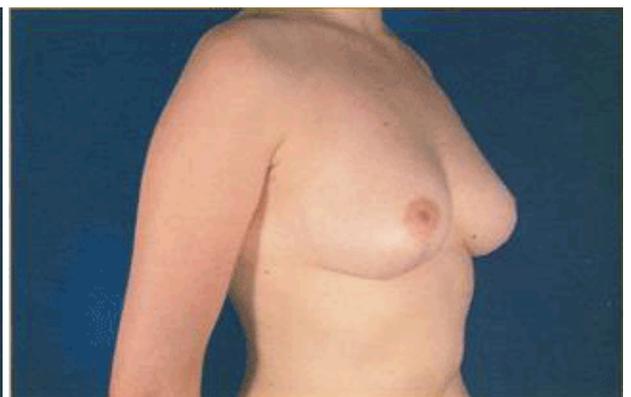
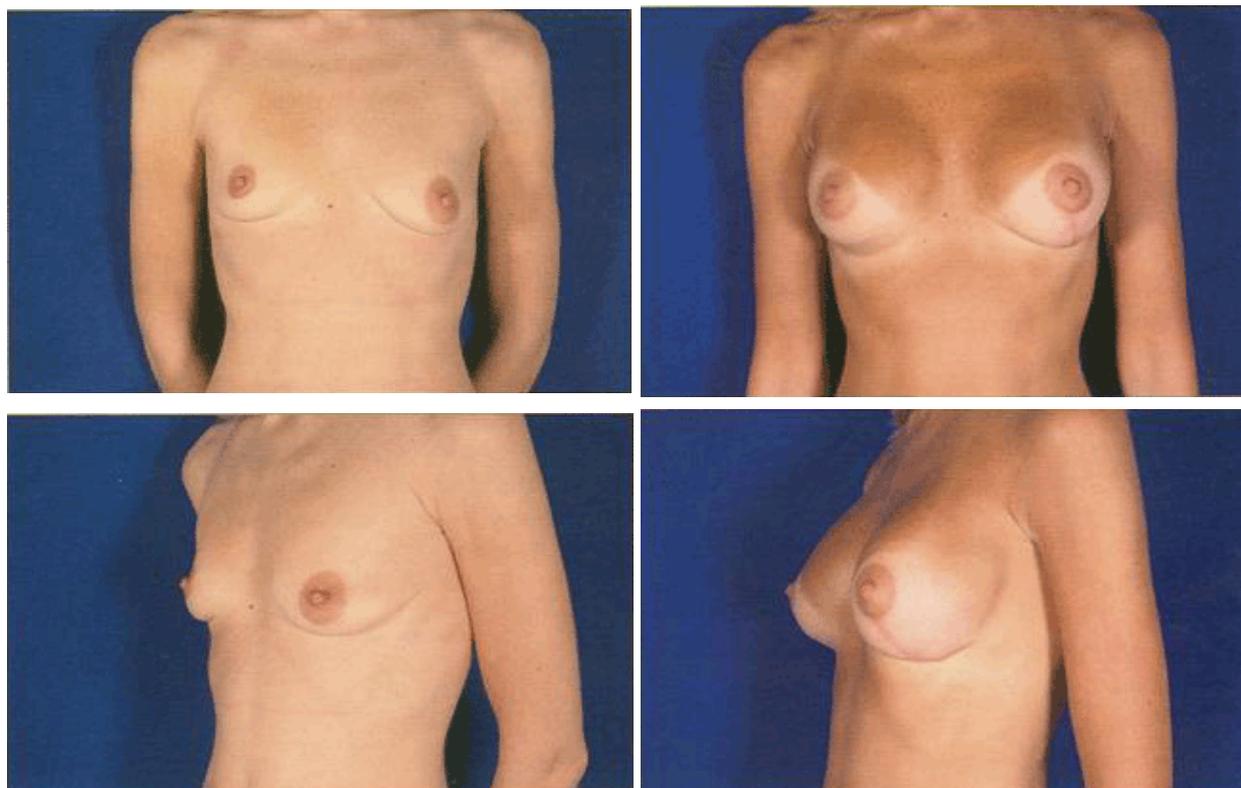


Figura 12 b y d. Resultado a los 3 años tras una

**ASIMETRÍAS**

Cabe una especial mención a las asimetrías mamarias. Estas, en sus diversas formas y posibilidades, se presentan con relativa frecuencia y suelen ser el motivo de consulta de pacientes jóvenes. La problemática psicológica que representan suele ser importante, con un nivel de afectación de los má altos en este tipo de alteraciones morfológicas. En función de la edad de la paciente y de su afectación psicológica deberemos plantearnos el momento de realizar la operación, siendo a veces necesario operar a edades que implican un riesgo de cambios con el paso del tiempo, por el propio desarrollo o por posibles gestaciones que varíen los volúmenes y situación de las mamas. Esto lo deben conocer detalladamente tanto la paciente como sus familiares.

Las asimetrías má frecuentes son: por diferencia de volúmenes, por diferencia de situación tanto del CAV c de su base de implantación, por diferencia del tamaño de las areolas o por combinaciones de todas ellas. Ca siempre van a requerir el tratamiento de las os mamas y por métodos diferentes. Suele ser muy difícil solucionar el problema tratando una sola mama (Fig. 13 a,b,c,d ).



*Figura 12 a y c. Preoperatorio de una hipertrofia virginal grande. Figura 12 b y d. Resultado a los 3 años tras una técnica con cicatriz vertical.*

**COMPLICACIONES**

Como en cualquier técnica quirúrgica podemos diferenciar dos grupos de posibles complicaciones, las que podemos considerar comunes a cualquier procedimiento quirúrgico, tales como hematomas, infecciones o derivadas del tipo de anestésico empleado y las específicas de estos procedimientos, entre las que destacare las siguientes:

- Cicatrices Inestéticas, Anchas, Hipertróficas o pigmentadas
- Queloides
- Dehiscencias de suturas
- Necrosis cutáneas, o del complejo areola pezón
- Celulitis a medio plazo Necrosis grasa.

De entre todas estas posibles complicaciones, las cicatrices son el problema más temido por su frecuencia, y que las demás son mucho menos frecuentes. La presentación de cicatrices inestéticas – entendiendo como t a aquellas cuyo aspecto final, es decir pasados seis meses tras la cirugía, son excesivamente visibles, por su anchura, grosor o color – representan un porcentaje considerable que puede llegar al 10 o al 15% de los cas requiriendo retoques quirúrgicos entre el 7 y el 8% de ellos. Habitualmente tratamos la cicatriz de modo

inmediato después de retirar los puntos, con láminas de silicona o poliuretano, durante 3 o 4 meses. Suplementadas el primer mes, con un sostén de tipo deportivo que efectúe una compresión uniforme sobre todas ellas. Estas láminas las llevan de forma continua, día y noche, con una interrupción semanal en la que recomendamos se apliquen una crema o aceite hidratante. La tolerancia de estas láminas suele ser buena a excepción de los meses calidos en los que con cierta facilidad pueden provocar intolerancias cutáneas. Cuales pese a este tratamiento las cicatrices persisten particularmente rojas podemos recurrir al tratamiento con láser Y ante áreas areolares o periareolares despigmentadas podemos recurrir al tatuaje. El queloide es afortunadamente muy infrecuente. En nuestra casuística sobre cirugía mamaria solo contabilizamos tres casos. Dos de estos casos con cicatriz en T invertida y cuya afectación principal se situaba en la rama horizontal de dicha T, fueron tratados con éxito mediante extirpación y braquiterapia inmediata.

Las dehiscencias de sutura y las necrosis cutáneas o del CAP no deben presentarse si la indicación quirúrgica y el diseño han sido correctos, el riesgo aumentará en grandes reducciones en las que el desplazamiento del C debe ser muy grande. En estos casos la paciente deberá estar advertida de este riesgo.

La posibilidad de que a medio plazo puedan presentarse áreas de inflamación subcutánea es infrecuente, pero lo hemos podido ver en algunos casos especialmente en los cuadrantes inferiores. Normalmente ceden al tratamiento con antibióticos sin significar, ni precisar ningún otro tipo de intervención.

De modo sistemático encomendamos a las pacientes, hacerse una mamografía a los seis meses de la operación. Debemos tener presente que tras una mastoplastia de reducción las estructuras habrán cambiado, tendremos unas cicatrices que dan imágenes radiológicas que pueden dar lugar a confusión, y no es infrecuente encontrar alguna imagen en general pequeña de alguna zona de necrosis grasa. Tener esta información es importante, como elemento diferencial para futuras exploraciones.

## CONCLUSIÓN

La mama es sin duda uno de los elementos mas representativos de la feminidad y de la belleza femenina; su importancia estética es muy grande y no debemos subestimar las repercusiones psicológicas que sus alteraciones morfológicas pueden representar. De ahí, la gran trascendencia de nuestros tratamientos quirúrgicos.

Estos tendrán éxito y podrán considerarse buenos, solo cuando satisfagan a la paciente. Sin duda una buena indicación quirúrgica, un buen planteamiento y una buena técnica serán imprescindibles, pero también lo es la comunicación con la paciente. Esta debe comprender bien lo que le vamos a hacer, nuestras posibilidades y limitaciones, por lo que deberemos asegurarnos de que sus expectativas coincidan con la realidad de lo que podemos conseguir. Si es así, los resultados y lo que es mas importante, su nivel de satisfacción serán excelentes.

---

## Bibliografía

1. **Planas, J** . Reduction.Mammaplasty: Technical Details. Aesthetic Plastic Surgery. Vol.4 1.988
  2. **Ribeiro,L. Backer, E** ..Mamoplastia con pedículo de seguridad, Rev. Esp. Cir. Plast. 6, 223. 1.973
  3. **Lejour, M**. Vertical .Mammaplasty and Liposuction of the Breast. Plast. Reconstr. Surg. 94.1 00, 1.9~)4
  4. **Arie** , Una nueva técnica de .Mamoplastia. Rev.:. Lat. Am. Cirug. Plast. 1.957; 3: 23-28
  4. **Pitanguy I**. Surgical treatment of Breast Hypertrophy. Br. f. Plast. Surg. 1.967; 20-78
  5. **Wise, R.J** . A preliminary report on a method of planning the mammaplasty. Plast. Reconstr. Surg., 17, 3 375. 1.956
  6. **Guix, B** . Treatment of keloids with high dose rate Brachytherapy, a seven year experience. Int. J.Radiat. Oncol. Biol. Phys.; 2.001; 50: 167-172
-