

Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Docente «Celia Sánchez Manduley», Manzanillo, Granma

INCISIONES MÍNIMAS PARA MASTOPLASTIAS REDUCTORAS

Dr. Víctor Manuel Sánchez Castillo¹ y Dr. Carlos Manuel Collado Hernández²

RESUMEN

Se realiza un estudio descriptivo y longitudinal, que abarcó el segundo semestre de 1999 y primer semestre del 2000, donde el universo estuvo formado por un total de 100 pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico (mastoplastias reductoras) al presentar diferentes grados de deformidad del volumen mamario, previa evaluación preoperatoria en consulta de Cirugía Plástica y en atención a los criterios de operabilidad, para lo cual fueron intervenidas quirúrgicamente en el Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Docente «Celia Sánchez Manduley», de Manzanillo. Se analizaron las diferentes variables que se debían estudiar mediante la revisión de las historias clínicas e informes operatorios, donde se realizó el cierre en J ó en L, en este tipo de técnica quirúrgica empleada. Se concluye que los diferentes grados de hipertrofia mamaria y/o ptosis mamaria producen alteraciones funcionales y psicológicas importantes en las pacientes estudiadas. El posoperatorio fue satisfactorio en las pacientes tratadas con el método de incisiones cortas, el cual puede ser aplicado en pacientes con gigantomastias y en las diferentes técnicas de mastoplastias reductoras conocidas.

DeCS: MAMOPLASTIA/métodos; MAMA/cirugía; PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS RECONSTRUCTIVOS.

Los senos son uno de los elementos más importantes de la belleza femenina y aunque en la actualidad se impone la moda de los senos grandes, el tamaño desmesurado constituye para muchas mujeres un grave problema físico y psicológico.¹

El objetivo común de la reducción quirúrgica (mamoplastia) estriba en una modificación del aspecto externo del órgano para conformarlo a la sensibilidad estética del individuo.²

El cambio hormonal, los factores hereditarios y la tendencia a la obesidad pueden ser algunas causas de unos senos grandes (hipertrofia mamaria). El deseo de someterse a una operación plástica le comunica a la paciente un sentimiento de conformidad con el propio cuerpo y una sensación de seguridad en las esferas social y erótica.¹

La reducción de los diferentes grados de hipertrofia mamaria siempre ha sido un

¹ Especialista de I Grado en Cirugía Plástica y Caumatología.

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de 4to año en Cirugía Plástica y Caumatología.

desafío para el cirujano plástico, pues esta implica dejar un resultado estético final satisfactorio para la paciente, pues no es sólo moldear una nueva mama, sino también dejar una cicatriz lo menor visible posible.³

La búsqueda de un método quirúrgico que permita reducir las mamas mediante incisiones pequeñas, para obtener un modelado estético y natural en todos sus cuadrantes y preservar su función y sensibilidad, ha sido el reto para la creatividad de los cirujanos plásticos a finales de este milenio, para llegar a la producción de un considerable número de técnicas valiosas durante las últimas décadas,⁴⁻⁶ por lo que a través de este trabajo mostramos nuestra experiencia en este tipo de incisiones y su resultado posoperatorio.

MÉTODOS

Se realizó intervención quirúrgica (mamoplastia de reducción) con incisiones mínimas, a pacientes que acuden a la consulta de Cirugía Plástica, con sintomatología funcional y/o problemas psicológicos, al presentar diferentes grados de hipertrofia y/o ptosis mamaria, y tener en cuenta criterios de operabilidad basados en el examen físico y humoral, entre otros:

- Volumen mamario mayor de 500 g.
 - Relación peso-talla (no obesas).
 - Ausencia de procesos agudos orgánicos y/o procesos crónicos descompensados.
- Se consideró el resultado:

Bueno: Cuando no hay complicaciones y hay satisfacción por parte de la paciente.

Regular: Cuando se producen complicaciones sin compromiso del patrón vascular de la glándula y poca satisfacción de la paciente.

Malo: Cuando la paciente está inconforme con el resultado de su operación, independientemente que se presenten o no complicaciones.

TÉCNICA QUIRÚRGICA EMPLEADA

Este método es una modificación de las técnicas de pedículo superior, horizontal e inferior, para mastoplastias reductoras, pues se adaptan estas técnicas quirúrgicas ya establecidas a un cierre quirúrgico mínimo, y elimina la escisión horizontal que se termina con una cicatriz en forma de T invertida, para dejar entonces una cicatriz vertical o una cicatriz en forma de L ó J por encima del surco inframamario.^{5,6}

MARCACIÓN PREOPERATORIA

Para determinar el tamaño y la forma de los colgajos cutáneos se usó la marcación preoperatoria de la doctora *Berrocal*,⁵ y se practicó la planificación según los patrones establecidos para la ubicación del nuevo complejo areola-pezones. Se trazó una línea medio-esternal y se proyectó a una distancia de aproximadamente 9 cm al marcaje del colgajo medial de la mama, cuyo borde inferior debe estar a 2 cm del pliegue submamario. El borde inferior del colgajo lateral se localiza también a esta distancia del pliegue submamario y por delante de la línea axilar anterior.

Según el grado de deformidad mamaria se utilizó una técnica de pedículo superior, horizontal o inferior.^{4,6-8}

TÉCNICA OPERATORIA

La operación se realiza bajo anestesia regional, con la paciente en posición horizontal. Los tiempos operatorios son los

mismos para todo tipo de mastoplastias reductoras.^{4,5}

El modelado de la mama se empieza suturando los colgajos cutáneos al pliegue submamario por planos, con fijación del pedículo a la aponeurosis pectoral.

Se hace el cierre cutáneo mediante sutura subdérmica, para quedar al final una cicatriz en forma de J, L o vertical, según lo planificado.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Para la obtención de los datos se usaron las historias clínicas e informes operatorios de las pacientes, y se vaciaron en un formulario diseñado donde se recogen las diferentes variables que se debían estudiar. Se hizo uso del paquete estadístico microstat. Se utilizó el porcentaje como procedimiento estadístico. La información se presenta en tablas para su correcto análisis y discusión.

RESULTADOS

Las pacientes entre 30 y 39 años de edad (tabla 1) predominaron al presentar diferentes grados de hipertrofia mamaria y ptosis y realizarles tratamiento quirúrgico (mastoplastias reductoras).

TABLA 1. *Pacientes intervenidas de hipertrofia y ptosis mamaria por grupos de edades*

Edad	No. de casos	%
15-19	21	21
20-29	26	26
30-39	32	32
40-49	16	16
50-59	5	5
Total	100	100

Fuente: Expedientes clínicos.

Se destaca la incomodidad física y el dolor de espalda como las principales alteraciones funcionales causadas por mamas hipertróficas (tabla 2); el 87 % de las pacientes mostró alteraciones psicológicas al no estar conformes con su actual volumen mamario.

TABLA 2. *Alteraciones funcionales y psicológicas causadas por mamas hipertróficas*

Alteraciones funcionales	No. de casos	%
Mala postura	7	7
Dolor de espalda	23	23
Dolor premenstrual	13	13
Deformidades acromiotorácicas	17	17
Incomodidad física	40	40
Combinadas	78	78
Alteraciones psicológicas	87	87

Fuente: Expediente clínico.

El resultado posoperatorio fue bueno en el 57 % de los casos y regular en el 43 % (tabla 3).

TABLA 3. *Resultados posoperatorios*

Resultados	No. de casos	%
Bueno	57	57
Regular	43	43
Malo	0	0
Total	100	100

Fuente: Encuesta.

Se muestran la dehiscencia de sutura y el hematoma como complicaciones inmediatas al acto quirúrgico, las cuales necesitaron tratamiento médico combinado con reintervención quirúrgica temprana, para que no fallara el resultado estético final.

Las cicatrices hipertróficas se presentan como una complicación tardía en aquellas pacientes con alteraciones en la cica-

trización. El resto de las complicaciones se reflejaron en menor grado (tabla 4).

TABLA 4. *Complicaciones de mastoplastias reductoras*

Complicaciones	No. de casos	%
Cicatrices patológicas	32	32
Hematomas	3	3
Hipoestesia	3	3
Dehiscencia de sutura	2	2
Infección	2	2
Asimetría	1	1

Fuente: Expediente clínico y encuesta.

DISCUSIÓN

Los datos obtenidos por otros autores^{5,7-9} en relación con los grupos etáreos, reflejan mayor demanda del método de mastoplastias reductoras en pacientes con rangos de edad entre 26 y 35 años y en pacientes con rango de edad entre 36 y 45 años.

Como las mamas hipertróficas en pacientes jóvenes no responden a ninguna terapéutica conservadora, constituyen normalmente indicación para la cirugía correctiva que pueda ser hecha precozmente, con el fin de evitar que haya cambios funcionales que se vuelvan irreversibles.

La alteración funcional más frecuente causada por las mamas hipertróficas se encuentra en la columna vertebral. El peso de las mamas grandes ejercido en la pared

anterior del tórax produce un aumento de la cifosis dorsal que equilibra la distribución del peso, con la consiguiente artrosis de la columna. Cerca de la tercera parte de las pacientes presenta conflictos psicológicos relativos a su deformidad mamaria.^{6,10-12}

La modificación de las técnicas con los nombres de Arie, Wise, Strombeck, Pitanguy, Skoog, Robins, Mckissock, Winner, entre otros, tendientes a hacer las cicatrices resultantes menos aparentes, borran el viejo concepto de que la cirugía plástica mamaria es para vestirse y no para desvestirse.^{13,14}

En cuanto a las complicaciones es importante señalar los resultados obtenidos por la doctora *Berrocal* en su trabajo,⁵ donde señala que las cicatrices fueron hipertróficas e hipertróficas durante los 6 (seis) primeros meses del posoperatorio, con remisiones espontáneas en todos los casos una vez transcurrido el primer año posquirúrgico. Un grupo de pacientes correspondiente al 13 % de los casos operados, manifestó alteraciones transitorias de la sensibilidad durante los 3 primeros meses del posoperatorio. Pacientes mayores de 55 años sufrieron necrosis parcial del pezón, que se resolvió con un injerto de piel total más tatuaje. El conocimiento de estas complicaciones y su terapéutica inmediata le permite al cirujano plástico conservar de manera satisfactoria el resultado final de su trabajo quirúrgico.

SUMMARY

A descriptive and longitudinal study that included a total of 100 patients who underwent surgical treatment (reduction mastoplasties) for presenting different degrees of deformity of the breast volume, previous preoperative evaluation at the Plastic Surgery Consulting Room and according to the operability criteria, was conducted from the second semester of 1999 to the first semester of 2000. They were operated on at "Celia Sánchez Manduley" Provincial Clinical and Surgical Teaching Hospital, in Manzanillo. The different variables that should be studied were analyzed by reviewing the medical histories and the surgical reports. J or L closure was performed in this type of surgical technique used. It was concluded that the different degrees of breast hypertrophy and/or breast

ptosis produce important functional and psychological alterations in the studied patients. The postoperative was satisfactory among those patients treated with the small incision method, which may be applied to patients with gigantomasties and in the diverse known techniques of reduction mastoplasties.

Subject headings: MAMMOPLASTY/methods; BREAST/surgery; RECONSTRUCTIVE SURGICAL PROCEDURES.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pitanguy I. Mamoplastia de reducción. En: Coiffman F. Texto de cirugía plástica, reconstructiva y estética. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1987;t1:982-95.
2. Roa T. Glándula mamaria. Conceptos generales. Indicaciones quirúrgicas. En: Coiffman F. Texto de Cirugía plástica, reconstructiva y estética, La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1987;t1:955-77.
3. Arie G. Una nueva técnica de mamoplastia. Rev Lat Am Cir Plast 1997;3:23.
4. Stombeck J. Mamoplastia reductiva. En: Cirugía Plástica. La Habana: Editorial Científico-Técnica;1985;t2:826-40.
5. Berrocal M. New perspectives of the L Technique for reduction Mammoplasty with high peridural anesthesia. En: UT. Hinderir, Plastic Surgery. Elsevier Science Publishers BV. 1992.v2:617-8.
6. Lassus C. Reduction mammoplasty with short inframammary scars. Plast Reconstr Surg 1986;77:680.
7. Mckissock PK. Reduction mammoplasty with a vertical dermol flap. Plast Reconstr Surg. 1972;49:245.
8. Skoog T. Plastic surgery. New methods and refinements. Stockholm: Almquist and Wiksell, 1974,
9. Bozola AR. Breast reduction with Short L Scar. Plast Reconstr Surg 1990;85(5):728-38.
10. Andrews JM. An areolar approach to reduction mammoplasty. Br J Plast Surg 1995;28:166.
11. Erol OA. Mastopexy technique for mild to moderate ptosis. Plast Reconstr Surg 1980;65:603.
12. Benelli L. Technique de plastic mammaire. Le Round Bloc. Rev Fr Chir Esthet 1988;50:7.
13. Peixoto G. Reduction mammoplasty: a personal technique. Plast Reconstr Surg 1980;65:217.
14. Lejour M. Vertical mammoplasty and liposuction. ST Louis: Quality Medical, 1994.

Recibido: 19 de febrero de 2001. Aprobado: 24 de mayo de 2001.

Dr. *Victor Manuel Sánchez Castillo*. 3ra. Avenida, apto 8, entre avenida Paquito Rosales y Calle 1ra, Manzanillo, Granma, Cuba.