

Mamoplastia Reductiva

Federico Soto Peralta*

La mamoplastia o mastectomía reductiva (1), es un procedimiento quirúrgico empleado para la reducción del tamaño de los pechos en Macromastías o Hipertrofias (caso de piel, glándula y grasa). Mastopexia procedimiento empleado en casos de ptosis cuando se reduce la piel y se hace levantamiento de la glándula. A pesar del concepto que la mastoplastia es del goce de las clases económicamente privilegiadas, creemos que ésta debe ser utilizada en pacientes sin distinción, por el gran beneficio que representa en su personalidad, tanto en el aspecto físico como emocional. Hay muchas variaciones (2) en el tamaño normal y forma de los senos, de acuerdo con la edad, raza, peso, estatura y factores familiares, así como cambios fisiológicos de menarca, ciclo menstrual, embarazo y menopausia; también el lado derecho o izquierdo influye en su tamaño. La forma en apreciación artística va desde lo normal y poco estético hasta la Venus de Milo. Por lo interesante del tema es que hemos decidido revisarlo en sus aspectos etiopatológicos y quirúrgicos, así como algunos de nuestros pacientes en Salón de Cirugía Plástica operados en 1969; ya que hasta 1960 fueron muchas las técnicas descritas con resultados pobres habiendo aumentado la frecuencia quirúrgica al ser descrita la técnica de Strombeck.

ETIOLOGIA:

Los pechos pueden crecer a dimensiones patológicas durante la pubertad, el embarazo, trastornos menstruales u obesidad, variando la frecuencia: sin embargo, la macromastía de la pubertad es lo más frecuente, debido a que el factor hormonal juega un papel preponderante en el crecimiento de los senos. Sin embargo, el hecho de que al aumentar las concentraciones estrogénicas en la sangre no se obtiene hipertrofia mamaria, se cree que esto se debe a un aumento en la sensibilidad propia de la glándula para responder al crecimiento; (3) pero esto no explica todos los casos.

PATOLOGIA:

Los hallazgos histopatológicos están caracterizados por proliferación del tejido conectivo e hipertrofia de los conductos y puede encontrarse concomitante adeno-fibrosis, fibro-adenomatosis, mastitis fibroquística y en su mayoría grasa.

* Asistente del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital San Juan de Dios.

SINTOMATOLOGIA Y TRATAMIENTO:

La macromastía da un cuadro clínico combinado de factores anatómopatológicos, psíquicos y sociales de ahí que aunque los hallazgos físicos pueden ser la principal indicación quirúrgica, como en casos de hipertrofia virginal, por ser el órgano de efecto y no tiene indicación la terapia hormonal; sin embargo los factores psicológicos no deben ser subestimados por los enormes beneficios en la esfera de personalidad de estas pacientes. (5) El método quirúrgico cuyo fin persigue darle un buen aspecto estético y funcional a la glándula es muy variado en los procedimientos. Algunas de las principales técnicas quirúrgicas consisten en la reducción con trasplante e injerto libre del pezón y transposición de éste. La técnica de Thorek, amputación subtotal de la mama con acomodamiento del tejido restante y trasplante libre del pezón tiene el gran inconveniente de que éste se puede perder; siguiendo la de Skoog que sólo el pezón se pasa en colgajo (4) y otras muy variadas incluyendo reducción y aumento con medios externos (9-10). La técnica que nosotros empleamos con mayor frecuencia y será descrita es la de Strombeck. (6). Según los diferentes anatomistas concuerdan que en la nulípara adulta se encuentra el busto en la parte anterior del tórax desde la segunda a sexta costilla y del borde lateral del esternón a la línea axilar anterior (7). Sin embargo hay múltiples variedades, como fue expuesto, pero para localización del pezón (8) utilizamos la técnica descrita más adelante pero corregida de acuerdo a nuestras pacientes que tienen menor estatura, la localización estética (1), que consiste en formar dos triángulos equiláteros cuya base va entre ambos pezones y los vértices en horquilla esternal y el ombligo siendo estos puntos equidistantes entre sí. Antes de operar se usa un patrón para marcar las líneas operatorias estando el paciente sentado: Se traza una línea medioclavicular al pezón, y otra de la horquilla esternal a la anterior, fluctuando según el autor en 22 cms., pero en nuestras pacientes tomamos en cuenta la localización estética con una distancia menor. Siendo éste el nuevo sitio para el pezón.

Con estas líneas se pone el patrón calzando la línea media con la marcada y a 1.5, cms., punto anotado para el pezón, se dibuja el arco que corresponde a la aureola. Se marca el surco submamario y se mueve el seno lateralmente para que el colgajo quede lo más cerca al surco, hacia ambos lados y en el otro pecho. Una vez pintado se procede a operar teniendo el asistente el pecho alrededor de su base, se incide la aureola de unos 5 cms., de diámetro hasta la dermis. Las esquinas superiores de ambos colgajos previamente esquematizados se unen con la concavidad superior hacia arriba de la aureola y lo mismo en la parte inferior. Se incide el patrón y el futuro puente del colgajo se le remueve la dermis. Una vez efectuado se corta de la glándula hasta el pectoral y se reseca la parte inferior hasta el surco submamario. En la parte superior la excisión de la glándula será donde quedará la aureola. Algunos autores han efectuado la variación de ésta técnica haciendo injerto de todo el espesor de la aureola para evitar la retracción del pezón. (13) Una vez resecada

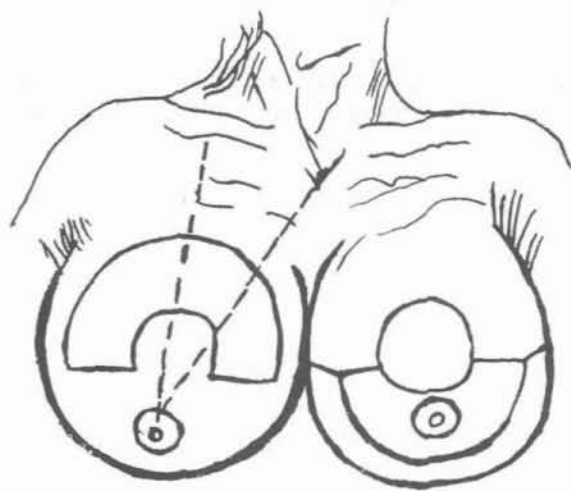


Foto Nº 1 - Esquema
que debe trazarse
para la mastoplastia.

Foto Nº 2 - Mismo
esquema de la foto
anterior dibujado so-
bre la paciente.

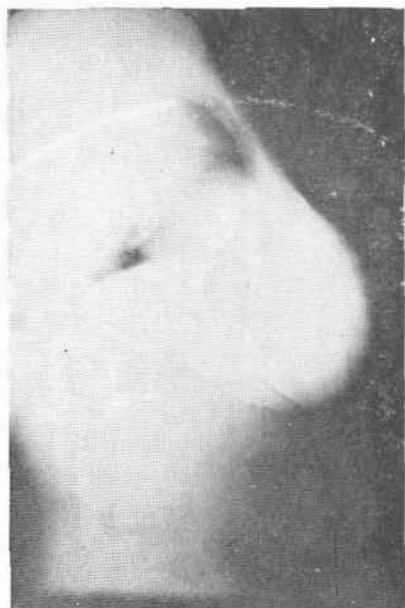
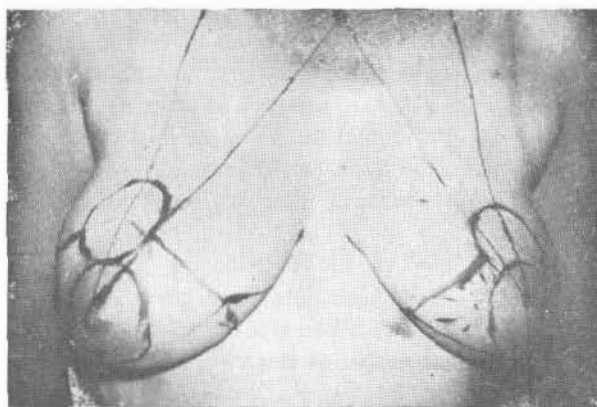


Foto Nº 3 - Mamo-
grafía con insufla-
ción de aire.

la glándula las esquinas del colgajo se unen, las superiores e inferiores entre sí, dando la nueva forma de la glándula y se une el borde a la pared torácica.

PACIENTES ESTUDIADOS Y OPERADOS EN 1969

1) YHA - Exp. 158729: Femenina, 45 años, múltipara (2), menstruación normal: Se encontró Mastopatía Fibroquística sintomática con Ptosis marcada y asimetría en los senos. Peso 125 libras; estatura 152 cms. Se efectuó Mamoplastia Reductiva de 200 gramos cada seno, con excisión nodular; los resultados por Patología, confirmaron diagnóstico. La evolución a los 8 meses fue satisfactoria tanto en su apreciación estética como sintomática.

2) SECS - Exp. 224846. Femenina, 18 años, múltipara (2), menstruación normal. Tiene hermana menor con ginecomastia virginal. Indicación quirúrgica con pesantez, trastornos emocionales de complejo. A la exploración bocio nodular, senos muy ptosados, peso 123 libras; estatura 1.60 mts. Se resecó 350 gramos de cada seno encontrándose en Patología zonas de mastopatía fibroquística con evolución post-operatoria favorable y tiroidectomía subtotal, por bocio coloide multinodular.

3) MCS - Exp. 73593. Femenina, 13 años, menarca 12 años, ritmo 28 x 3. Diagnóstico ginecomastia virginal. Cursa quinto grado primaria. Además de molestias físicas sumo complejo al extremo de no querer estudiar por las bromas de sus compañeros. A la exploración mide 146 cms., peso 113 libras, circunferencia senos 105 cms., abdomen 80 cms. Se operó excidiéndose aproximadamente 3 lbs., de cada seno, en que Patología encontró hipertrofia mamaria. La evolución fue buena aunque al resultado estético persisten grandes, siendo en 1970 reoperada. (12)

4) MVC - Exp. 171216. Femenina, 25 años, múltipara (2), menstruación normal. Indicación quirúrgica de mamoplastia por pesantez, dolor y complejo de inferioridad. Se resecó 2½ lbs., de cada seno, de hipertrofia mamaria.

5) EBB - Exp. 235715. Femenina, 19 años, núbil de dos años anteriores, presenta pesantez y dolor en los senos durante época premenstrual, mide 152 cms., peso 114 y circunferencia 102 cms., excidiéndose 20 gramos de cada seno, siendo normal, con muy buen resultado estético.

6) CJDG - Exp. 272038. Femenina, 19 años soltera, núbil desde los 15 años, pesantez y dolor de los senos con crecimiento y ptosis, además dolor dorsal. Mide de circunferencia 105, pesa 130 libras. Se excidió 490 gramos en el derecho y 510 gramos del izquierdo. Exámenes normales y biopsia seno, normal con una mastopatía - resultado estético satisfactorio.



Foto Nº 4 - Antes de la operación



Foto Nº 5 - Después de la operación

RESULTADOS:

No se ha reportado mortalidad en los casos publicados (5) de mamoplastia, pero la complicación más seria es la pérdida del pezón con infección secundaria. Necrosis parcial del borde marginal de la aureola o de la grasa es frecuente encontrar y sólo aumenta estancia postoperatoria sin que tenga interferencia importante en el resultado final de la operación. El resultado concerniente al síntoma dolor es muy bueno tanto local como torácico o cervical que refieren las pacientes en el preoperatorio por el peso. El aspecto cosmético en cuanto al tamaño y cicatriz sirven para valorar el resultado final así como la posición del pezón con relación a la glándula, que pueda estar descendida dando una apariencia poco natural, de ahí que se han probado varios métodos para fijarla a la pared tóxica. Creemos que la mejor forma es dejar la menor distancia entre la unión del colgajo y la pared torácica, o sea unos 4 ó 5 cms., de la aureola al surco submamario. La capacidad de lactar en estas pacientes con técnicas de injerto de la aureola es nula, sólo en la descrita se puede obtener cierta lactancia, aunque en la mayoría de los casos está reducida. La relación de estas mujeres operadas con cáncer mamario en grandes series según Strombeck (Octachir, Scomb no varía en frecuencia a la encontrada en población general.

COMENTARIO:

Dentro de la cirugía estética, la mastoplastia en sus formas dismíntivas o aumentativas, representa un capítulo muy importante para la mujer. Los avances en técnica quirúrgica y materiales implante han venido a llenar una verdadera necesidad para la personalidad femenina. Como caso típico tenemos uno de nuestra paciente de exp. 73593, joven de 13 años que el exceso de volumen no sólo le había desarrollado cambios en su personalidad por recibir las bromas de sus compañeras que había dejado la escuela, y después de operada concluyó la primaria para iniciar los estudios de secundaria, volviendo para una mayor reducción que de no haberse efectuado esta paciente no hubiera continuado sus estudios, de ahí que aunque en casos especiales esta cirugía representa una necesidad femenina y no un simple capricho estético. En la revisión de los casos no encontramos complicaciones importantes y si la bondad del procedimiento descrito por Stromberk que modificando mi localización por el promedio de estatura nuestro, de acuerdo al punto estético, los resultados son óptimos.

RESUMEN

Se revisa el tema en su aspecto etiopatológico, se describe la técnica así como resumen de los pacientes operados durante 1969. Se describe un procedimiento de localización de la aureola desde el punto de vista estético sin referencias bibliográficas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—ALVARADO AVELLA FRANCISCO (Artista) Comunicación personal, San José, 1969.
- 2.—BERRY EDGAR P. Geometric Planning in Reduction Mammaplasty. *Reconstructive Surgery*. 42: 231, 1968.
- 3.—CARDENAL L. Diccionario de Ciencias Médicas. Salvat Editores, S. A., Barcelona, 1954.
- 4.—FELIX R. S. Col. Strombeck Mamaplasty with Free nipple Grafts, plastic and reconstructive Surgery. 45: 47, 1970.
- 5 GONZALES-ULLOA. Comunicación Personal, México, 69.
- 6.—GROSS C. Gray's Anatomy. Lea & Febiger Philadelphia, 1962.
7. HIGGNS yorr Operation of general Surgery. 3rd edition Sannders.
- 8.—LEONCINI, J. L. and Col. *Anales de Cirugia* 33:85, 1968.
9. -MAC CARTY W C. The cyclopedia of medicine, Surgery Specialties. F. A. Davis, C^o, Philadelphia, U.S.A. 2:665-724, 1958
10. -PENNISI V. & Col The location of the Nipple in Breast Reconstruction. *Plastic & Reconstructive Surgery*. 45: 612, 1969.
11. SCOLL HOOPES J. Reduction Mammoplasty - Amputation and Augmentation - Plastic & Reconstructive Surgery. 44: 411, 1969.
12. -STROMBECK.—Mammaplasty: report of a new technique, *Surgrey* 13: 79, 1960.