

Mamoplastia de Reducción Combinada con Liposucción Ultrasónica

Dr. Pedro Cormenzana, Dr. Nicolás M. Samprón ■

Resumen

Las técnicas de Mamoplastia de Reducción han evolucionado a lo largo de los últimos años, aunque sus principios básicos permanecen invariables. La liposucción asistida por ultrasonidos (LAU) puede ser utilizada en las mamas como un método efectivo y seguro para eliminar el tejido adiposo. Para evitar complicaciones las normas de aplicación de la LAU deben de ser respetadas: infiltración de las mamas con solución tumescente, tiempo de aplicación, intensidad del ultrasonido y plano quirúrgico apropiado.

En este trabajo pretendemos mostrar que la combinación de las técnicas convencionales de reducción mamaria combinadas con LAU son procedimientos seguros y permiten al cirujano obtener mejores resultados. Sin embargo la "Liposucción Ultrasónica Solamente", según nuestra opinión, no parece suficiente para realizar, en la mayoría de los casos, una reducción mamaria, de forma que pueda ser elevado el complejo areola - pezón (evitando una mastopexia), o bien para obtener la retracción cutánea.

Presentamos en este trabajo 132 pacientes que fueron intervenidas de mamoplastia de reducción en combinación con LAU entre los años 1999 y 2005. Se utilizaron 3 técnicas diferentes de Mamoplastia de Reducción según el tipo o grado de hipertrofia. No se utilizó "Liposucción Ultrasónica Solamente" en ningún paciente. Se pueden establecer 4 grupos según la cantidad de grasa extraída. Aproximadamente en el 5% de los casos (mamas puramente glandulares) la LAU no fue productiva.

Los resultados han sido satisfactorios, pero dependen principalmente de la técnica quirúrgica. La LAU puede mejorar los resultados gracias a un procedimiento apropiado de reducción mamaria. Las complicaciones fueron raras y ninguna de ellas asociada con la LAU.

La LAU o bien la liposucción convencional permiten mejorar los resultados en la Mamoplastia de Reducción independientemente de la técnica utilizada. Sigue existiendo controversia debido a los posibles efectos a largo plazo de la LAU.

INTRODUCCIÓN

La liposucción convencional ha sido utilizada por diversos autores^{1, 2, 3, 4} para reducir el tejido adiposo. La aspiración del tejido adiposo en la mama facilita su remodelación, especialmente en mamas con importante tejido adiposo y largos pedículos, para su acoplamiento. Para obtener resultados de larga duración, la fijación de la mama mediante suturas es crucial.

La LAU permite eliminar el tejido adiposo y es útil para un mejor manejo y remodelamiento del tejido mamario⁵, para poder, mediante suturas, proporcionar una forma apropiada antes de su fijación. La LAU es especialmente efectiva en la región subaxilar y en el cuadrante inferolateral ya que a menudo, sobre todo en mujeres gruesas, queda infracorregida y las mamas no quedan redondas. La grasa subaxilar se puede reducir mediante liposucción obteniendo un redondeamiento de la mama, con una mejor definición de la misma y así reducir la cicatriz inframamaria. Otra ventaja de la lipoplastia es que se puede utilizar para llevar a cabo los ajustes finales para mejorar la simetría⁶.

En nuestra experiencia, la LAU, no obtiene suficiente y predecible elevación de la areola. Sin embargo algunos autores han publicado elevaciones de hasta 4 cms⁷.

Finalmente, todavía persisten controversias acerca de los efectos potencialmente carcinogénicos de la LAU^{8,9}, aunque no existe ninguna evidencia científica que favorezca esta hipótesis¹⁰.

DIAGNÓSTICO

Un análisis exhaustivo del tipo de hipertrofia mamaria en cuanto a su grado y tipo de deformidad, es crucial para una indicación individualizada del procedimiento más adecuado para cada paciente.

Hay 3 tipos de mamas, en cuanto a la distribución de la grasa.

1. **Mama puramente glandular.** En este tipo de pacientes no existe prácticamente posibilidad de extraer o de succionar grasa.
2. **Mama mixta.** La grasa está mezclada con el tejido fibroglandular. La liposucción es dificultosa. En algunos pacientes de este grupo la liposucción convencional suele ser improductiva, mientras que la liposucción ultrasónica permite la extracción del componente adiposo mixto que se encuentra entremezclado entre el tejido glandular.
3. **Mama adiposa.** Existe muy poca cantidad de glándula o nula. Se corresponde generalmente a hipertrofias en personas de más de 50 años, donde solamente se encuentra una discreta cantidad de glándula debajo de la areola. En estos pacientes se puede extraer cantidades importantes de grasa.

Las mujeres jóvenes generalmente pertenecen al primer grupo o al segundo. Las personas de más de 50 años, pertenecen al tercero.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos intervenido 132 pacientes de mamoplastia de reducción combinada con liposucción ultrasónica. Se han utilizado 3 diferentes técnicas: pedículo vertical, injerto libre de complejo areola - pezón y doble pedículo vertical¹¹.

En la mayoría de los pacientes se utilizó la técnica del pedículo vertical (113 pacientes). Este procedimiento se realizó siguiendo la secuencia: infiltración, despegamiento, liposucción ultrasónica, liposucción convencional, disección tejido mamario, resección de polo inferior, lateral e interno, fijación, sutura y ajustes finales de liposucción convencional. Se aplicaron drenajes, los cuales fueron extraídos a las 12-24 horas. Una cicatriz horizontal entre 6 y 15 cms resulta dependiendo del tipo de hipertrofia.

En los casos de hipertrofia severa se utilizó la técnica de injerto libre, de complejo areola - pezón (9 pacientes).

En las mamas muy anchas se utilizó la técnica de doble pedículo vertical, superior e inferior, tal como describió Mckissock (10 pacientes).

Adicionalmente fueron tratados 4 casos secundarios mediante técnica de pedículo superior.

La liposucción ultrasónica fue llevada a cabo con el equipo "Contour Génesis" de Mentor. Se ajustó la intensidad entre 50% y 60% y los tiempos de aplicación variaron entre 1 a 7 minutos (una media de 3,5 minutos) en cada mama. La cantidad de grasa extraída ha variado entre 25 y 1.050 cc en cada mama (Tabla 1).

La mayoría de los pacientes mostraron grados elevados de satisfacción. Las complicaciones han sido escasas (Tabla 2): 6 dehiscencias menores, 5 necrosis parciales de areola. No hubo seromas ni quemaduras ni trastornos permanentes sensitivos. Después de 7 años de seguimiento no se ha apreciado ningún caso de cáncer de mama.

VOLUMEN DE EXTRACCIÓN DE GRASA POR MAMA

Volumen (ml)	Número de pacientes
< 50	45
50-149	46
150-299	17
300-500	13
> 500	5

ÍNDICE DE COMPLICACIONES

Complicaciones precoces	Casos
Seroma	0
Dehiscencia	6
Quemaduras	0
Necrosis parcial de areola	5
Complicaciones tardías	%
Cicatriz ensanchada	5
Cicatriz hipertrófica	4



Fig. 1.
(Arriba) Preoperatorio. (Abajo) Postoperatorio a los 9 meses después de mamoplastia de reducción con injerto libre de complejo areola/pezón. Extracción de 550 ml de grasa y resección de 450 grs de tejido en cada mama.

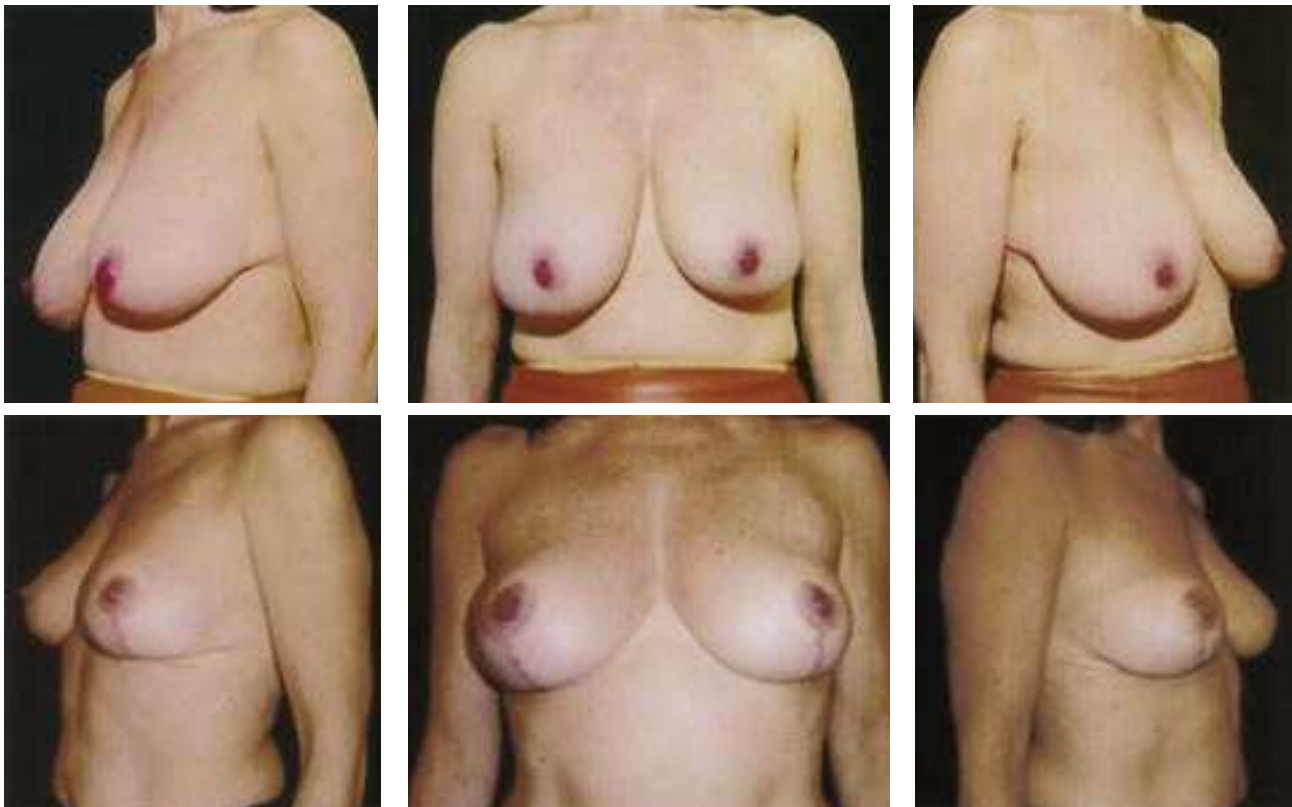


Fig. 2.
(Arriba) Preoperatorio. (Abajo) Postoperatorio al año de mamoplastia de reducción con técnica de pedículo superior. Extracción de 100 ml de grasa y resección de 175 grs de tejido en la derecha y extracción de 75 ml de grasa y resección de 150 grs de tejido en el lado izquierdo.

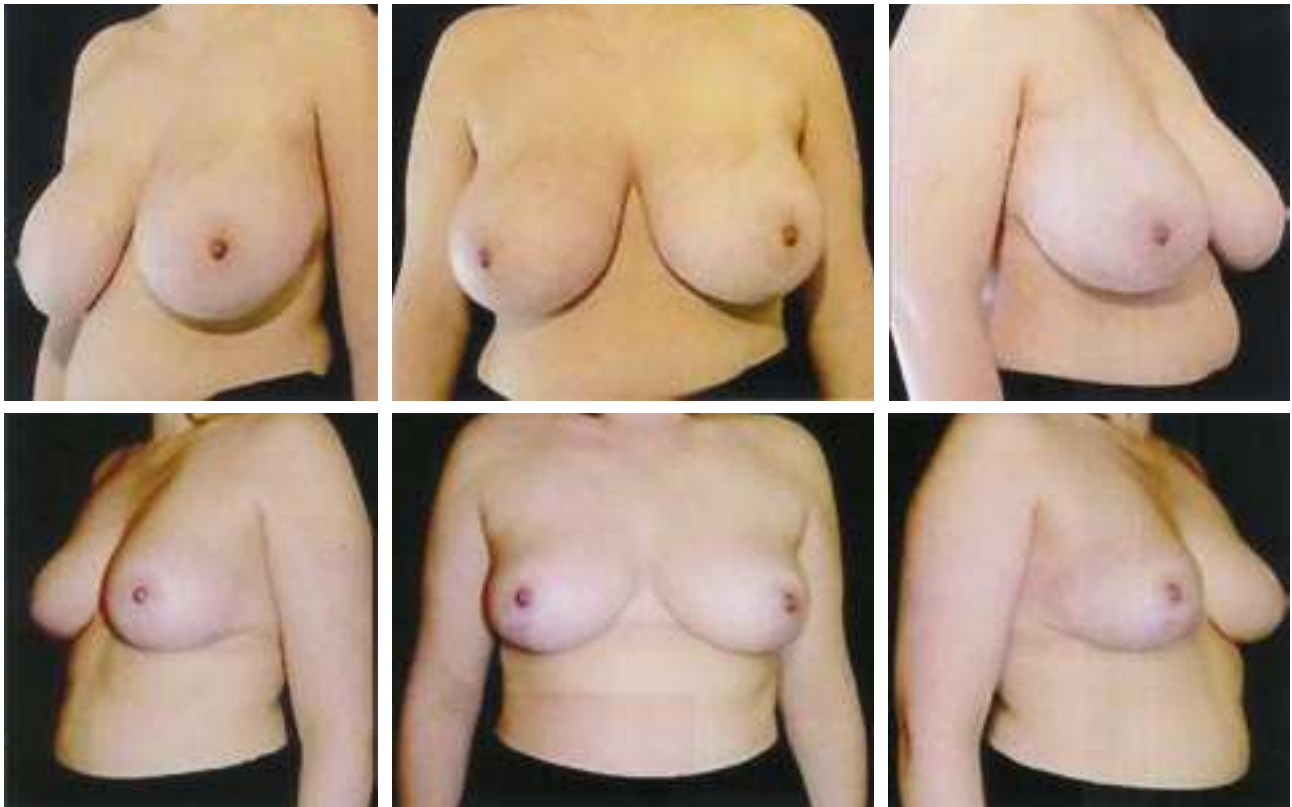


Fig. 3.
(Arriba) Preoperatorio. (Abajo) Postoperatorio después de 1 año de mamoplastia de reducción con técnica de pedículo superior. Extracción de 500 ml de grasa y resección de 400 grs de tejido en cada mama.

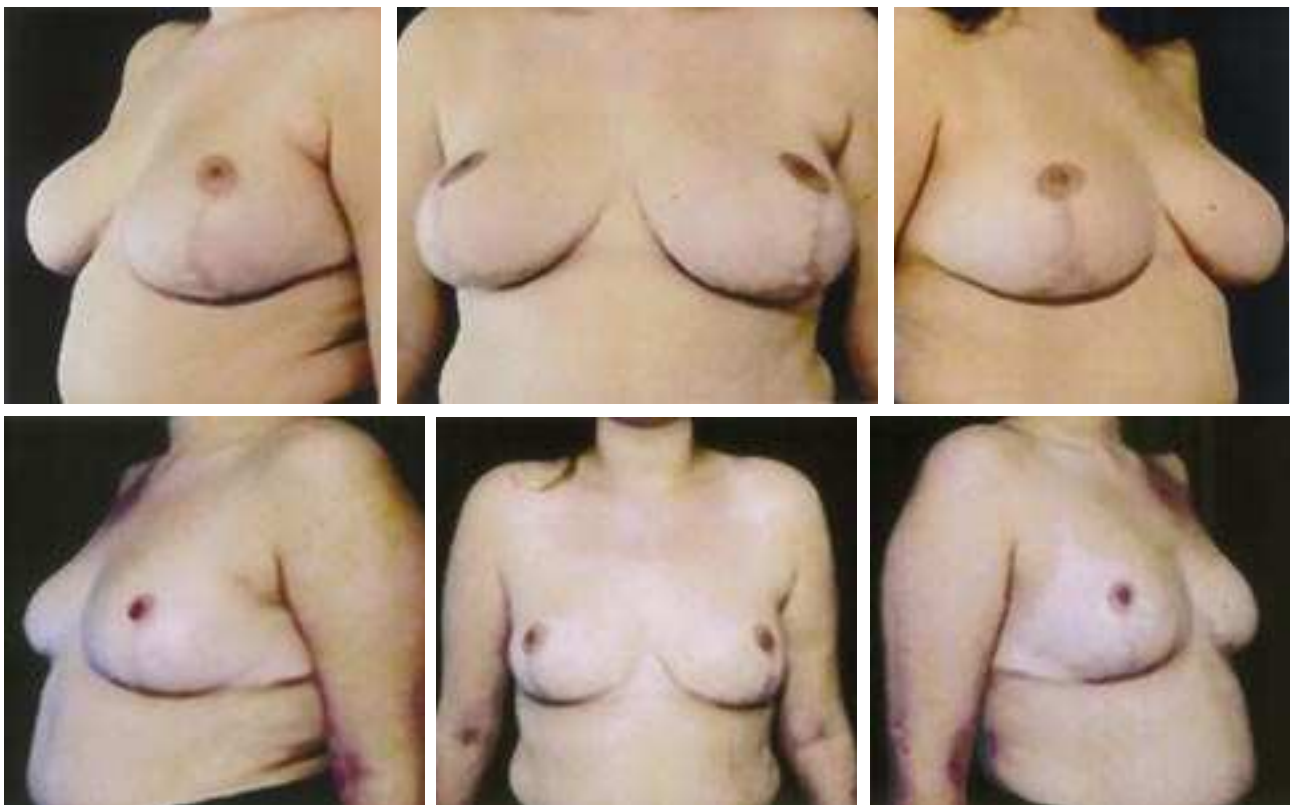


Fig. 4. Caso secundario.
(Arriba) Vistas preoperatorias. (Abajo) Postoperatorio a los 4 meses después de mamoplastia de reducción con técnica de pedículo superior.

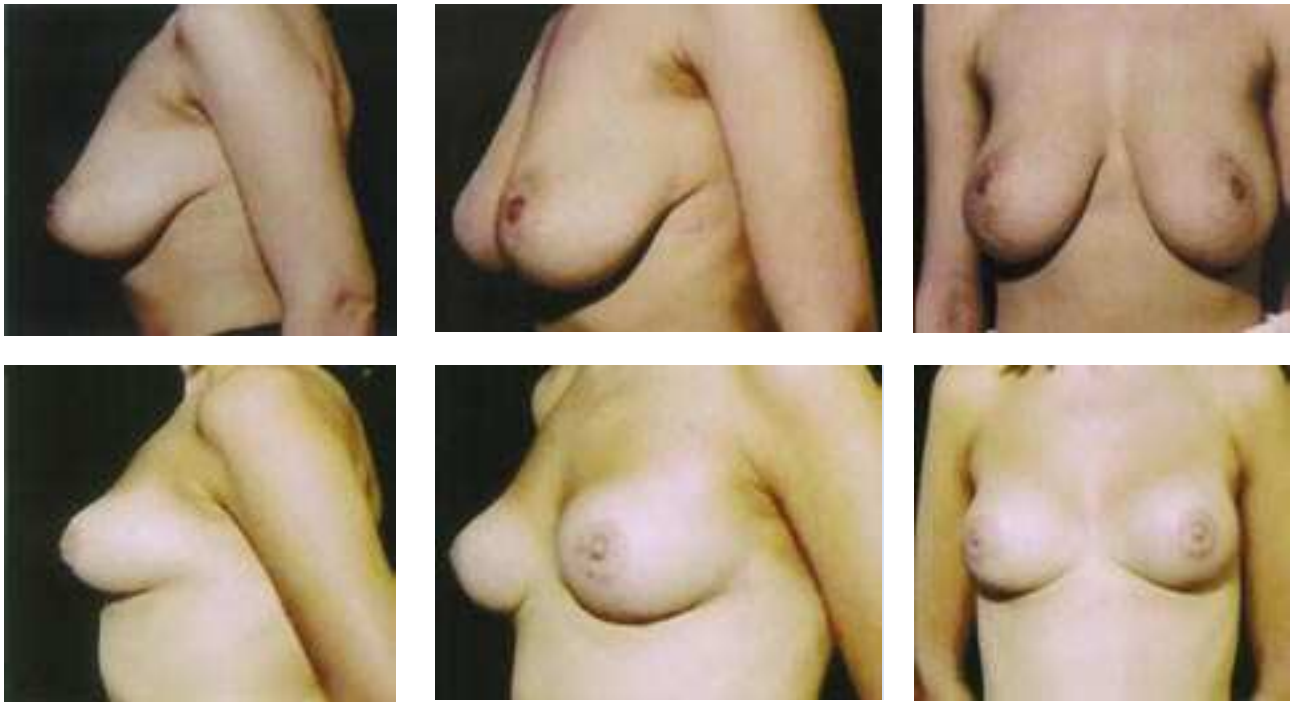


Fig. 5.
(Arriba) Vista preoperatoria. (Abajo) Postoperatorio al año después de mamoplastia de reducción con técnica de pedículo superior. Extracción de 75 ml de grasa en cada mama y resección de 250 grs de tejido en el lado izquierdo y resección de 300 grs de tejido en el lado derecho.

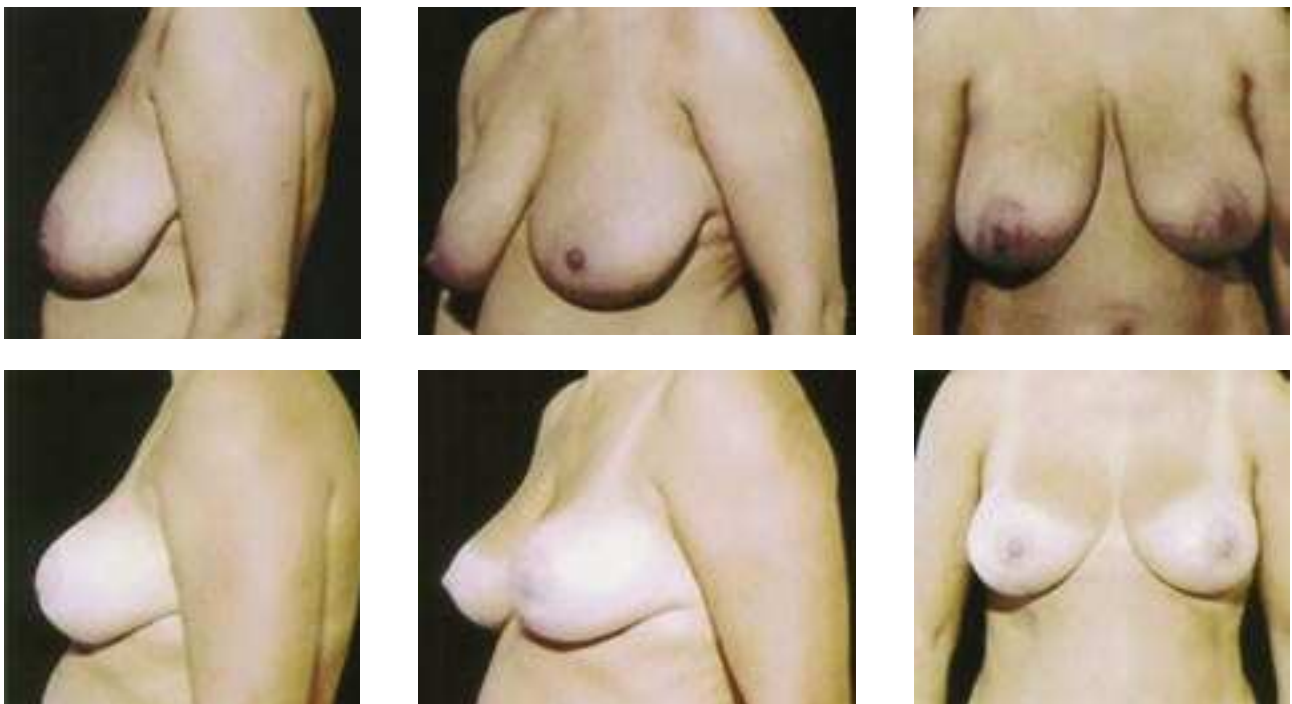


Fig. 6.
(Arriba) Preoperatorio. (Abajo) Postoperatorio a los 6 meses después de mamoplastia de reducción con técnica de pedículo superior. Extracción de 50 ml de grasa y resección de 375 grs de tejido en cada mama.

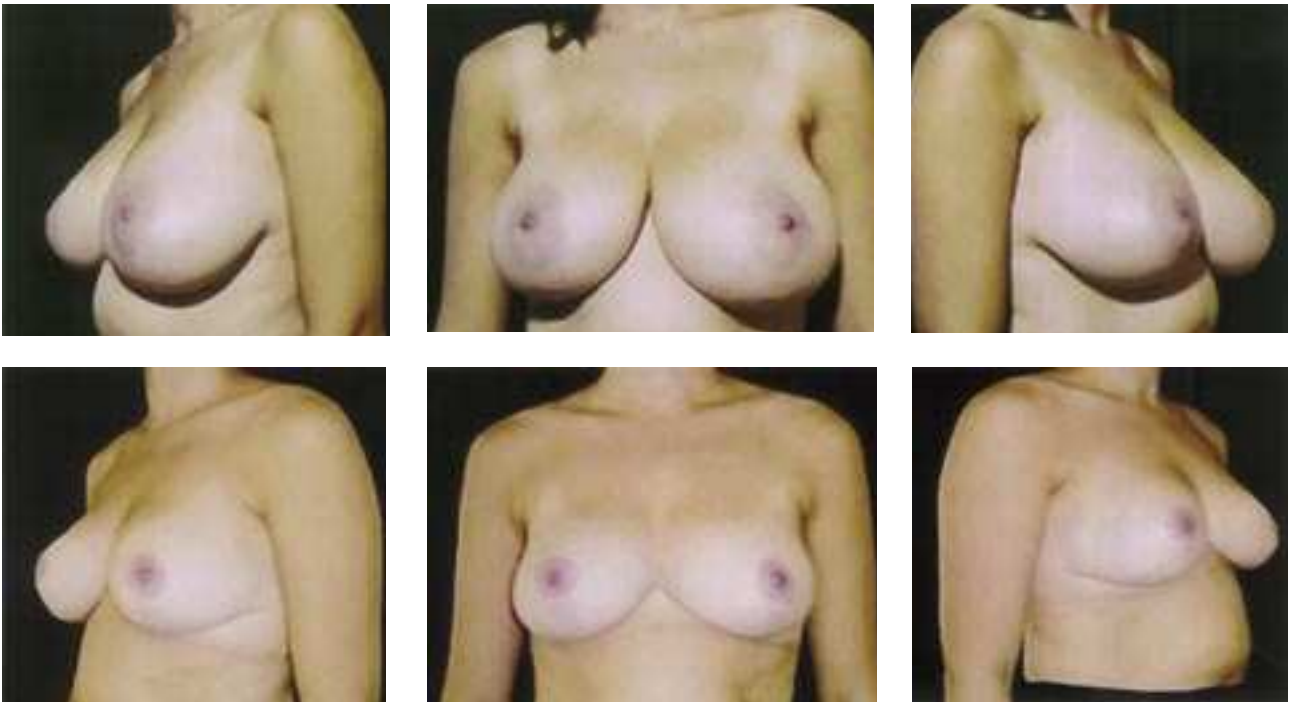


Fig. 7.
 (Arriba) Preoperatorio. (Abajo) Postoperatorio a los 5 años después de mamoplastia de reducción con técnica de pedículo superior. En la mama izquierda extracción de 275 ml de grasa y resección de 425 grs de tejido. En la mama derecha extracción de 200 ml de grasa y resección de 325 grs de tejido.

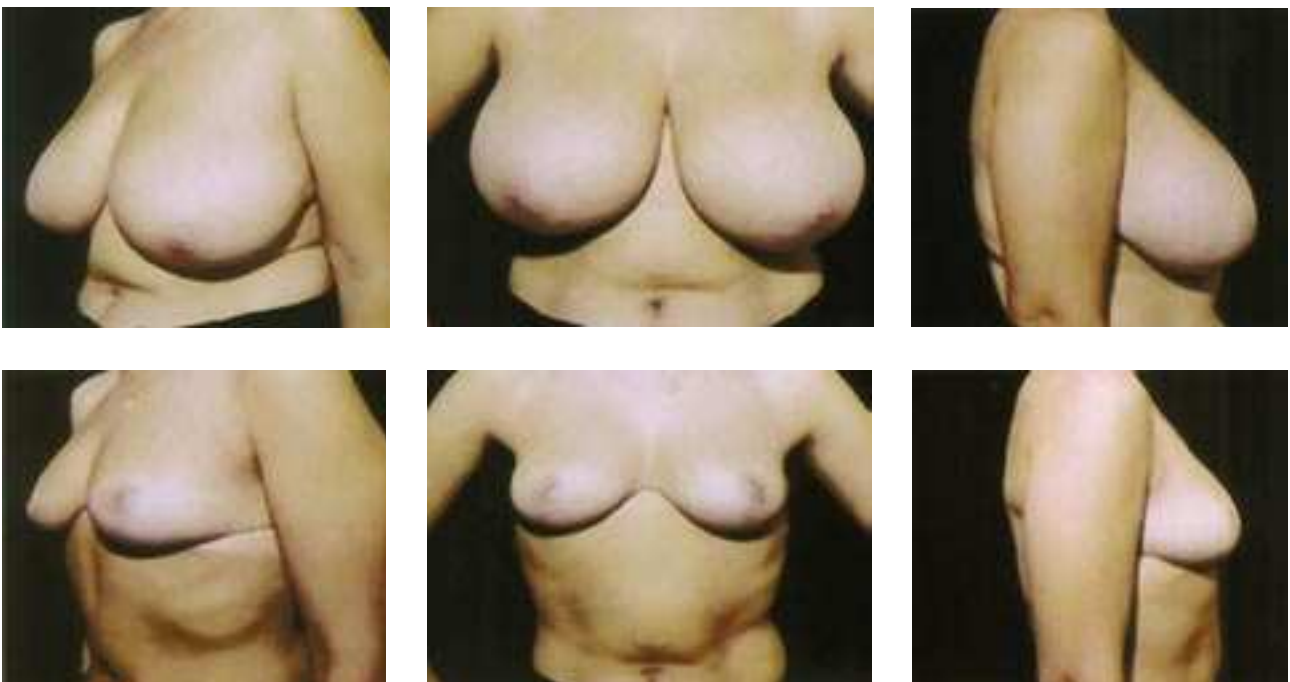


Fig. 8.
 (Arriba) Preoperatorio. (Abajo) Postoperatorio al año después de mamoplastia de reducción con técnica de pedículo superior. En la mama derecha extracción de 400 ml de grasa y resección de 475 grs de tejido. En la mama izquierda extracción de 425 ml de grasa y resección de 550 grs de tejido.

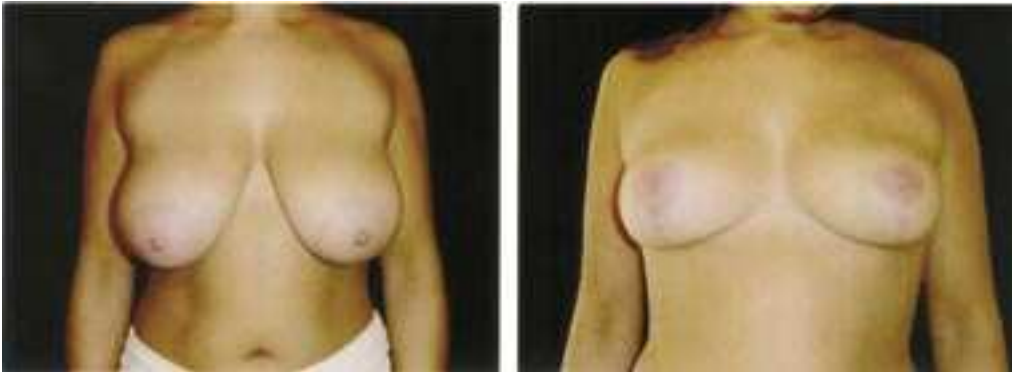


Fig. 9.
(Izquierda) Preoperatorio. (Derecha) Postoperatorio a los 6 meses después de mamoplastia de reducción con técnica de pedículo superior. En la mama derecha extracción de 50 ml de grasa y resección de 230 grs de tejido. En mama izquierda extracción de 50 ml de grasa y resección de 240 grs de tejido.

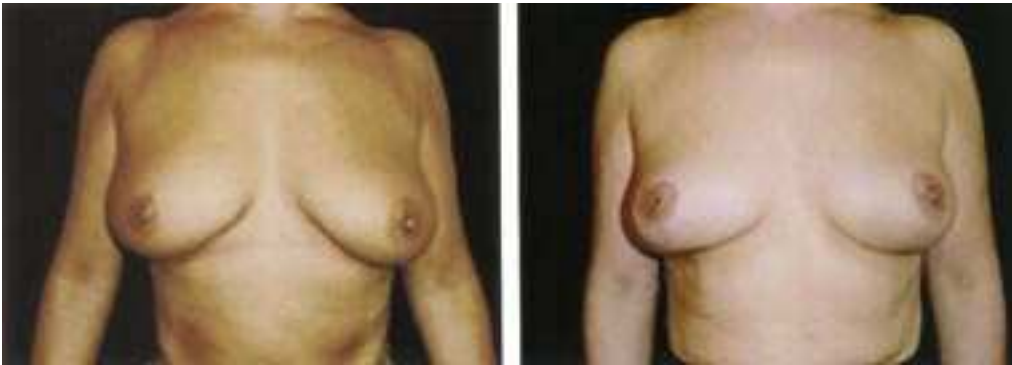


Fig. 10.
(Izquierda) Preoperatorio. (Derecha) Postoperatorio a los 6 meses después de mamoplastia de reducción con técnica de pedículo superior. En la mama derecha extracción de 75 ml de grasa y resección de 100 grs de tejido. En mama izquierda extracción de 75 ml de grasa y resección de 135 grs de tejido.

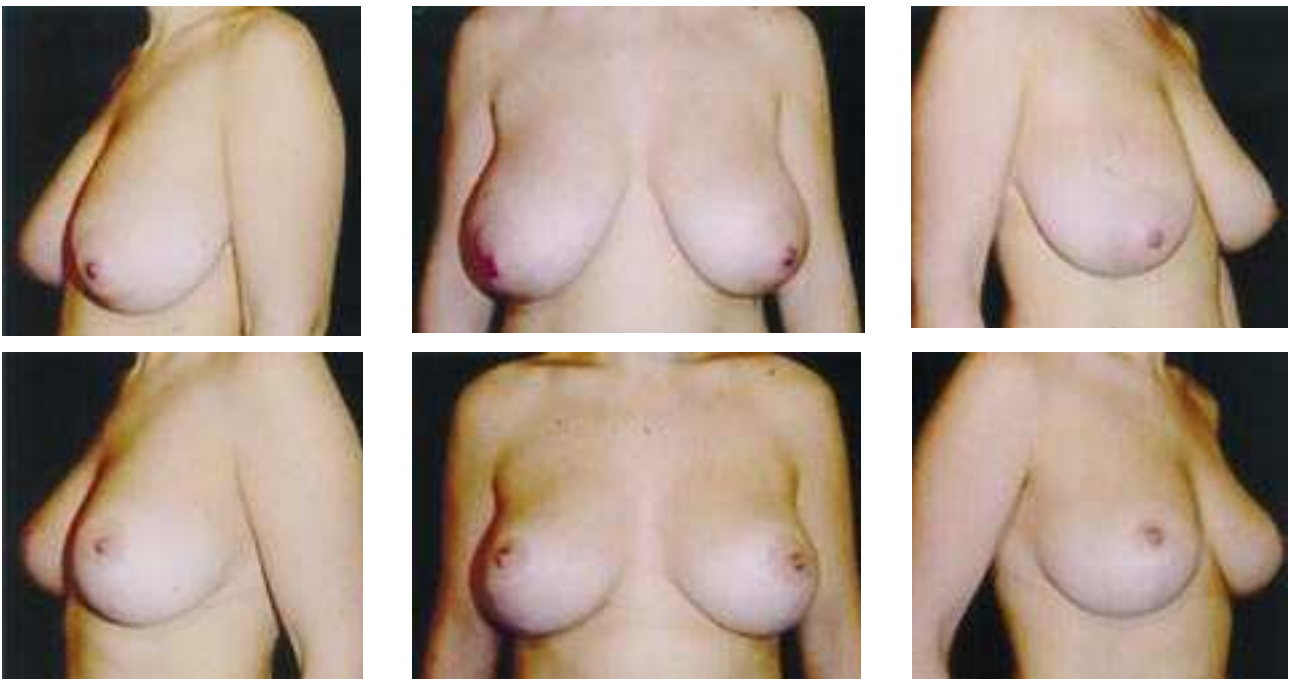


Fig. 11.
(Arriba) Preoperatorio. (Abajo) Postoperatorio al año después de mamoplastia de reducción con técnica de pedículo superior. En ambas mamas se extrajeron 285 grs de tejido y no hubo extracción de grasa ya que se trataba de mamas puramente glandulares.

DISCUSIÓN

La técnica de reducción mamaria es uno de los procedimientos más gratificantes de la Cirugía Estética. La demanda de los pacientes para obtener mejores resultados es cada vez superior. A pesar de obtener forma y volumen adecuados, las cicatrices excesivas pueden dar lugar a menor grado de satisfacción. Las mamas anchas con acumulaciones subaxilares de grasa realizan más dificultosa la obtención de una forma mamaria redondeada. La mamoplastia de reducción combinada con la lipoplastia presenta diversas ventajas¹². La reducción del tejido adiposo, previa a la resección glandular, hace más fácil el moldeamiento, montaje y fijación de la mama, necesarios para evitar una ptosis postoperatoria precoz, siendo esto frecuente si solamente se realiza una técnica escisional. El tratamiento de la grasa subaxilar, mediante lipoplastia, reduce la longitud de la cicatriz horizontal, y permite obtener una mejor forma mamaria⁵. Finalmente la asimetría se puede mejorar realizando los ajustes finales mediante liposucción. No somos partidarios de realizar una liposucción ultrasónica agresiva en el plano subdérmico para, teóricamente, promover una retracción cutánea. Esto puede derivar en quemaduras, irregularidades y una retracción

con distorsiones¹³.

La LAU mejora y supera los objetivos de la liposucción convencional (LC). Es fundamental evitar las complicaciones de la LAU, respetando estrictamente sus principios básicos: infiltración, tiempo de aplicación, baja intensidad de ultrasonido y plano adecuado de aplicación.

Aunque algunos autores han publicado la técnica de "Mamoplastia de Reducción solamente con liposucción"¹⁴, en nuestra opinión, las indicaciones de este procedimiento, son muy escasas: mujeres jóvenes con areolas en correcta posición e hipertrofia muy moderada, se podían beneficiar de este procedimiento. Consideramos que una mama con forma, volumen y simetría satisfactorios con una cicatriz adecuada, es siempre mejor que una mama no corregida suficientemente sin cicatriz. La lipoplastia es un complemento importante en los procedimientos de reducción mamaria pero no sustituye una técnica operatoria correcta.

Los resultados están en relación, igual que en otros procedimientos, con el diagnóstico correcto y la selección de la técnica apropiada. La lipoplastia ayuda a refinar el procedimiento y por tanto para poder obtener resultados superiores ■

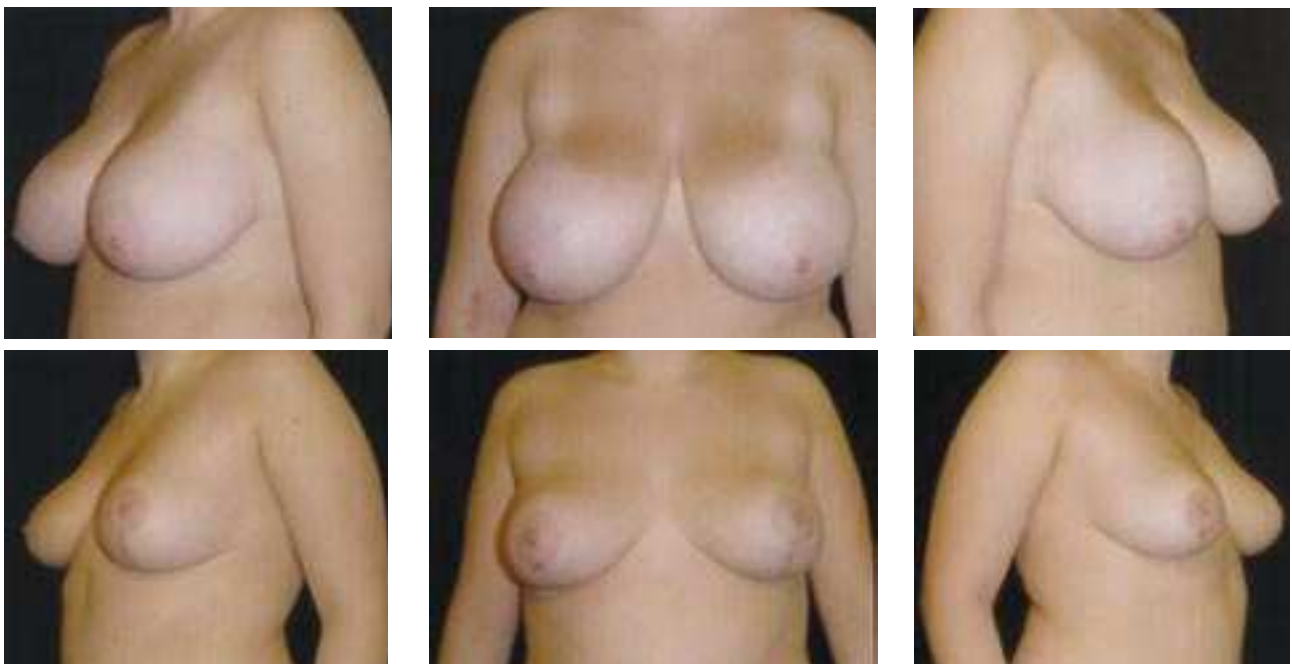


Fig. 12.

(Arriba) Vistas Preoperatorias. (Abajo) Postoperatorio al año después de mamoplastia de reducción con técnica de pedículo superior. En mama derecha 100 ml de extracción de grasa y 410 grs de resección de tejido. En la mama izquierda 75 ml de grasa y 390 grs de tejido.

Dr. Pedro Cormenzana

Especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora
Policlínica Gipuzkoa. San Sebastián. España

Dr. Nicolás M. Samprón

Especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora
Policlínica Gipuzkoa. San Sebastián. España

Policlínica Gipuzkoa
Paseo de Miramón, 174
20009 San Sebastián, Gipuzkoa. Spain
Telephone-Fax: 943308041
E-mail: consulta@pedrocormenzana.com
www.pedrocormenzana.com



autor

BIBLIOGRAFÍA

1. Lejour M. Vertical Mammoplasty and Liposuction. Quality Medical Publishing, Inc. St Louis, Missouri, 1994.
2. Lejour M. Vertical mammoplasty for breast reduction and mastopexy. *Aesthetic Surg J* 1996; 16(3).
3. Rohrich R J., Beran S. J., Kenkel J. M., Adams W. P., DiSpaltro F. Extending the role of liposuction in body contouring with ultrasound-assisted liposuction. *Plast. Reconstr. Surg* 1998; 101:1090-1102.
4. Matarasso A. Suction Mammoplasty: The use of suction lipectomy to reduce large breasts. *Plast. Reconstr. Surg.* 1991; 87: 2604-2610.
5. Cormenzana P. Ultrasound Assisted Lipoplasty Associated with Other Procedures of Body Contour Surgery. *Cir. Plast. Iberlatinamer2000*; 26: 295-308.
6. Young V. L. Lipoplasty of the Breast. *Aesthetic Surg J* 2002; 22 (4): 398-400.
7. Di Giuseppe A., Santoli M. Ultrasound-assisted Breast Reduction and Mastopexy. *Aesthetic Surg J* 2001; 21 (6): 493-506.
8. Topaz M. Possible long-term complications in ultrasound-assisted lipoplasty induced by sonoluminescence, sonochemistry, and thermal effect. *Aesthetic Surg J* 1998; 18:19-24.
9. Topaz M., Gedanken A., Kolytyn Y., Motiei M. Sonochemistry and sonoluminescence in simulated ultrasound-assisted lipoplasty environment. *Aesthetic Surg J* 1999; 19 (3): 205-212.
10. Young V. L., Schorr M. W. Report from the conference on ultrasound-assisted liposuction safety and effects. *Clinics in Plastic Surgery* 1999; 26: 481-524.
11. McKissock P. K. Reduction Mammoplasty. *Color Atlas of Mammoplasty. Chapter One.* Thieme Medical Publishers, Inc. New York 1991: 3-46.
12. Hasen K. V., Greve S., Casas L. A. Differences in Wound Healing Between Ultrasound-assisted Lipoplasty and Suction-assisted Lipoplasty in Inverted T-Pattern Breast Reduction Surgery and Chest Wall Contouring. *Aesthetic Surg J* 2001; 21 (1): 27-31.
13. Rohrich R. J., Beran S. J., Kenkel J. M., et al. Extending the role of liposuction in body contouring with ultrasound-assisted liposuction. *Plast. Reconstr. Surg.* 2001; 101: 1090-1998.
14. Hasen K. V., Greve S., Casas L. A. Differences in wound healing between ultrasound-assisted lipoplasty and suction-assisted lipoplasty in inverted t-pattern breast reduction surgery and chest wall contouring. *Aesthetic Surgery Journal* 2001; 21(1): 21-31.
15. Grotting J. C., Beckenstein M. S. Cervicofacial rejuvenation using ultrasound-assisted Irpectomy. *Plast. Reconstr. Surg.* 2001; 107: 847-55.
16. Tebbetts J. B. Rapid probe movement ultrasound assisted lipoplasty. *Aesthetic Surgery Journal* 1999; 19(1): 17-23.
17. Baxter R. A. Histologic effects of ultrasound-assisted lipoplasty. *Aesthetic Surgery Journal* 1999; 19(2):109-115.
18. Trott S. A., Rohrich R. J. Beran S. J. Sensory changes after traditional and ultrasound-assisted liposuction using computer-assisted analysis. *Plast. Reconstr. Surg.* 1999; 103:2016-25.
19. Millán Mateo J., Vaquero Pérez M. M. Systematic Procedure for ultrasonically assisted lipoplasty. *Aesth. Plast. Surg.* 2000. 24: 259-269.
20. Jewell M. L. Is Ultrasound-assisted Lipoplasty Advisable in Breast Reduction Surgery? *Aesthetic Surg J* 2002; 22 (3): 269-270.
21. Gray L. N. Lipoplasty-only Breast Reduction. *Aesthetic Surg J* 2001; 21:273-276.