

# Reducción Mamaria. Consideraciones personales

Dr. A. de la Fuente, Dr. J. Franco Rodil ■

## Resumen

### **Definición y diferentes nombres con que se denomina la técnica.**

Reducción mamaria o mamoplastia de reducción: presentamos nuestra técnica personal basada en el patrón de Wise y pedículo superior. Ocasionalmente en casos de ptosis muy severas empleamos pedículo inferior, lateral o medial.

### **Indicaciones.**

Corrección de hipertrofia mamaria o gigantomastia. Encaminada a aliviar la sintomatología física y psíquica derivada de esta patología (trastornos posturales, dolor cervical, dificultades para realizar actividades físicas, etc.)

### **Método o descripción abreviada de la técnica.**

Resección parcial de parénquima mamario y piel sobrante, del polo inferior de la mama, transportando el complejo areola-pezones a un nivel más craneal (reduciendo en muchas ocasiones el diámetro de la areola), mediante la disección de un colgajo dermo-glandular habitualmente de pedículo superior que se traspone a su nueva localización preservando una adecuada irrigación y sensibilidad.

### **Complicaciones.**

Afortunadamente las complicaciones importantes son excepcionales. Las más habituales son intolerancia a algún punto interno de sutura, dehiscencia de la herida en la confluencia de la cicatriz vertical con la horizontal y cicatrices hipertróficas, más frecuentes en personas jóvenes y en determinados tipos de piel.

## INTRODUCCIÓN

La hipertrofia mamaria o desarrollo excesivo del volumen mamario es un hallazgo frecuente y su tratamiento quirúrgico es una de las intervenciones más comúnmente realizadas dentro del ámbito de la cirugía plástica. No existe una causa determinada común para ese crecimiento excesivo de la mama y obedece normalmente a factores genéticos, familiares u hormonales. Fisiopatológicamente podemos distinguir 2 tipos de hipertrofia mamaria: la primera, más frecuente, conocida como macromastia o hipertrofia mamaria comienza a manifestarse normalmente durante el desarrollo de la pubertad o, menos frecuentemente, a partir de los embarazos.

El segundo tipo, denominado gigantomastia, es menos frecuente y se refiere a casos de desarrollo muy severo, desproporcionado, en el que el exceso de peso se sitúa por encima de 1.500 gramos en cada una de las mamas.

En cualquiera de los 2 casos no sólo existe un aumento del tejido glandular sino también del tejido conectivo y graso predominando uno u otro en función de la edad, peso y tipo de mama.

Históricamente las técnicas de reducción mamaria pueden ser divididas en 3 etapas: anteriores a los años 30, entre los 30 y los 60 y con posterioridad a 1960.

La primera etapa se basaba fundamentalmente en la resección glandular normalmente con transplante libre



Fig. 1.  
Marcaje preoperatorio con paciente de pie.

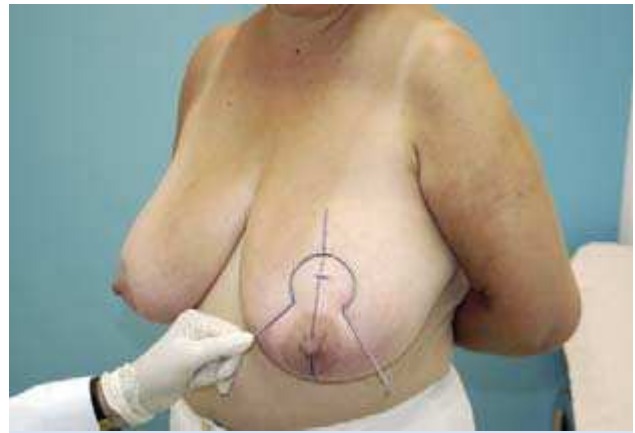


Fig. 2.  
Patrón de Wise con marcador alámbrico de McKissock midiendo la distancia horquilla esternal-CAP 33 cm.

del complejo areola-pezones, técnica que aún se emplea actualmente, aunque con ligeras modificaciones y sólo para determinados casos.

En la segunda etapa se perfeccionan las técnicas anteriores realizando una serie de modificaciones que permiten resecciones mayores y una mejor remodelación glandular.

Se descubre que la vascularización de la areola procede de la dermis y sobre esa base se desarrollan técnicas quirúrgicas basadas en un pedículo, lo que permite realizar mamoplastias de reducción con menos incidencia de necrosis del complejo areola-pezones.

A partir de los años 60 la mayoría de los esfuerzos

se centraron en conseguir una buena suspensión de la mama para corregir la ptosis que acompaña a la mayoría de las hipertrofias mamarias y en reducir, en la medida de lo posible, la longitud de las cicatrices haciéndolas menos visibles.

## INDICACIONES

La principal indicación para una reducción mamaria suele ser aliviar los síntomas relacionados con el excesivo peso de la mama, traducidos fundamentalmente en molestias físicas de carácter crónico tales como dolor



Fig. 3.  
Marcaje definitivo tras correcciones previas.



Fig. 4.  
Detalle intraoperatorio de mamoplastia reducción con pedículo superior.



Fig. 5. Imagen intraoperatoria de otro caso (pedículo inferior) finalizada la mama derecha.



Fig. 6. Una vez finalizado el montaje de la mama previamente a la liposucción lateral.

...continuación

de espalda, problemas posturales, enclavamiento de los tirantes del sujetador, trastornos dermatológicos motivados fundamentalmente por la constante humedad e irritación a nivel del surco submamario tales como intertrigo, etc. Asimismo, fundamentalmente en personas jóvenes, ocasiona con frecuencia trastornos psíquicos motivados por su aspecto físico lo que les condiciona a la hora de usar determinados tipos de ropa y de realizar con normalidad actividades comunes de la vida diaria relacionadas con algunos deportes que requieren el empleo de trajes de baño, camisetas, etc., lo que limita en muchos aspectos su vida social y la de la familia a determinadas edades juveniles.



Fig. 7. Intervención finalizada con steri-strips y drenajes.

Por lo tanto la indicación suele tener un doble componente, físico y psíquico, íntimamente relacionados.

### ESTUDIO PREOPERATORIO

Al margen de los estudios preoperatorios relacionados con cualquier intervención quirúrgica, en pacientes mayores de 35 años, o con antecedentes de patología mamaria, es conveniente solicitar una mamografía previamente a la intervención.

Asimismo, al igual que en cualquier intervención de cirugía plástica, es fundamental la valoración de los posibles riesgos y complicaciones, así como hacer comprender a las pacientes la presencia de cicatrices residuales, que son muy aceptables y bien toleradas por la mayoría de las pacientes, pero que ocasionalmente pueden ser más acusadas y poco estéticas pudiendo incluso ser patológicas como es el caso de las cicatrices hipertróficas que pueden requerir tratamiento adicional normalmente de tipo conservador y que puede dar lugar a largo plazo a cicatrices anchas e inestéticas. Esto se produce fundamentalmente en pacientes jóvenes y con piel muy elástica, por lo que es necesario advertir en todos los casos y muy especialmente en estos indicados el riesgo, para que los pacientes lo tengan en cuenta a la hora de tomar su decisión. En nuestra experiencia no obstante es tal la motivación de la mayoría de los pacientes que consultan y se someten a este tipo de cirugía que la presencia de cicatrices tiene una importancia secun-

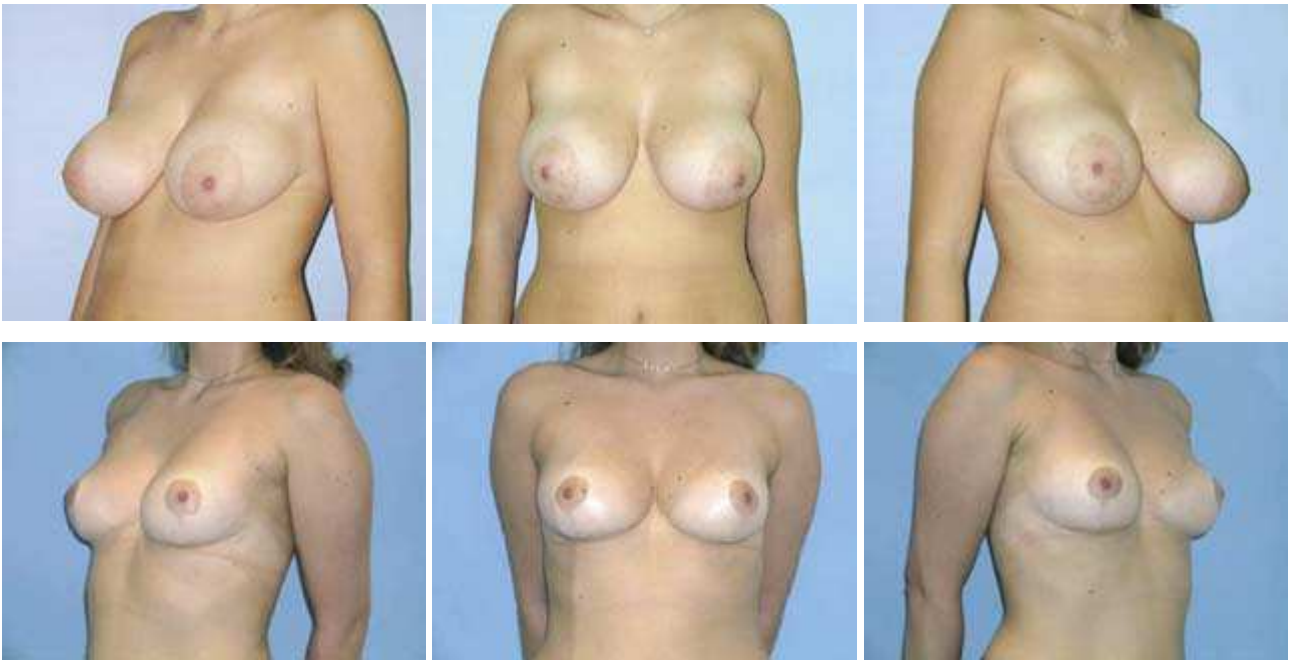


Fig. 8.  
Caso 1. Paciente de 28 años con hipertrofia moderada. Resección: 320 gramos (izquierda), 400 gramos (derecha). Preoperatorio (Arriba). Postoperatorio (Abajo) a los 24 meses de la intervención.

daria a la hora de tomar su decisión. En la mayoría de los casos sin embargo las cicatrices suelen ser de una calidad muy aceptable y maduran adecuadamente con el tiempo llegando a ser poco perceptibles. Otras complicaciones menos frecuentes, aunque posibles y que describimos en el consentimiento informado que se da a los pacientes son: hemorragia, infección, alteraciones en la sensibilidad, cicatrices cutáneas, retraso en la cicatrización, etc.

### TÉCNICA QUIRÚRGICA

Empleamos normalmente la técnica con cicatriz en T invertida, con transposición del complejo areola-pezones mediante un pedículo superior, reservando la transposición mediante un pedículo inferior para casos con excesiva ptosis en los que no es posible emplear el primero con total seguridad.

Realizamos el marcaje prequirúrgico teniendo como referencia el patrón de Wise, con el paciente en bipedestación y realizando mínimas correcciones en quirófano, especialmente para marcar el surco submamario ligeramente superior, aproximadamente 1 cm por encima del

marcado previamente con la paciente de pie.

La longitud de la cicatriz vertical suele ser aproximadamente de 4,5 a 5,5 cm en función del volumen de la mama, así como la apertura del ángulo que también vendrá determinado por la cantidad de la resección y la distensibilidad de la piel. El diámetro de la nueva areola suele ser de aproximadamente 38-42 mm.

Con la finalidad de acortar la longitud de la rama horizontal de la cicatriz, a la hora de realizar el montaje de la mama, realizamos una sutura de los pilares lateral y medial hacia el centro, evitando asimismo que se formen "orejas de perro" en los extremos medial y lateral, asociando en muchos casos con esta finalidad liposucción de los mismos de forma que la cicatriz resultante no sobrepase en la medida de lo posible los límites del nuevo surco submamario.

En determinados pacientes ampliamos esta liposucción, a la región lateral mamaria, donde con frecuencia y sobrepasando lo que sería propiamente la cola de la mama, existe un acúmulo de grasa, normalmente como consecuencia del sobrepeso, pero que es mal tolerado por parte de las pacientes desde el punto de vista estético.

El postoperatorio suele transcurrir sin complicaciones

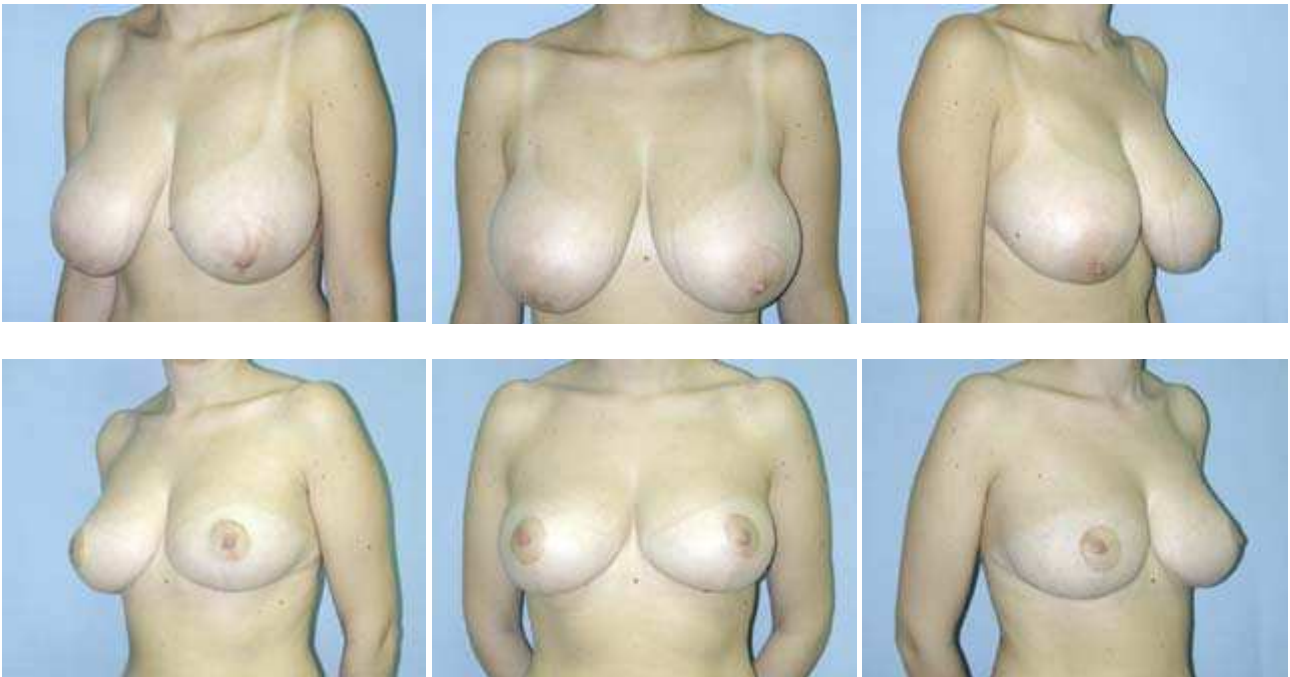


Fig. 9.  
Caso 2. Paciente de 33 años con hipertrofia y ptosis severa.  
Resección: 500 gramos (izquierda), 530 gramos (derecha). Preoperatorio (Arriba). Postoperatorio (Abajo) a los 24 meses de la intervención.

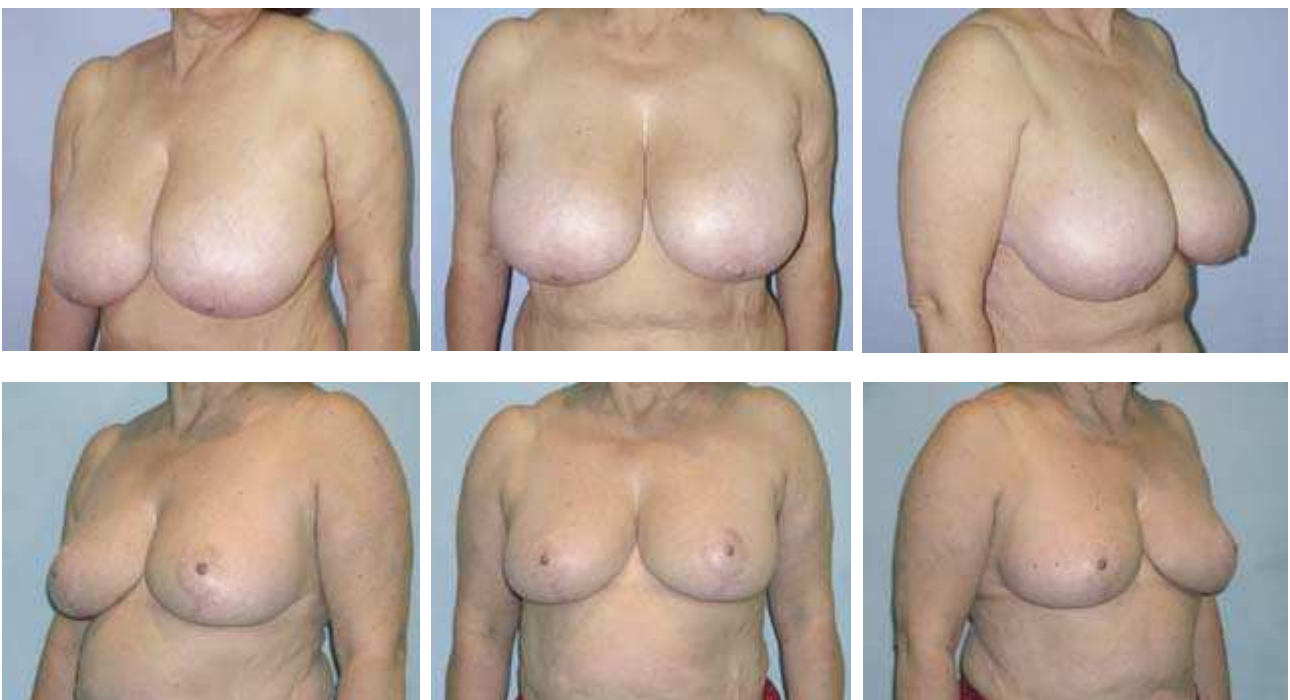


Fig. 10.  
Caso 3. Paciente de 64 años con hipertrofia severa.  
Resección: 600 gramos en cada mama. Preoperatorio (Arriba). Postoperatorio (Abajo) a los 12 meses de la intervención.

y con mínimas molestias, perfectamente controlables con analgésicos habituales. Mantenemos un vendaje durante unos 3 días, momento en el que retiramos un pequeño drenaje de silicona colocado al final de la intervención y colocamos un sujetador de características deportivas con objeto de que se mantenga una sujeción adecuada, permitiendo al paciente su higiene personal.

### COMPLICACIONES

Al margen de las señaladas anteriormente y citadas en el consentimiento informado, no suelen darse complicaciones de importancia en lo que se refiere al postoperatorio limitándose normalmente a la intolerancia de algún punto interno de sutura, ya que empleamos material reabsorbible para toda la sutura de la mama por la ventaja que ofrece no tener que retirar suturas. Ocasionalmente puede presentarse una pequeña dehiscencia de la herida en la confluencia de la cicatriz vertical con la horizontal (unión de la T), que cicatriza sin problemas por segunda intención con los debidos cuidados aunque supone un mayor seguimiento en consulta. En nuestra experiencia, pérdidas parciales o totales del CAP son excepcionales o prácticamente inexistentes en los casos habituales y con las técnicas empleadas de pedículo dermoglandular.

Tal como hemos mencionado anteriormente, en determinados casos, pueden darse cicatrices de tipo hipertrófico que normalmente responden bien al tratamiento conservador tal como las láminas de silicona que empleamos habitualmente de forma rutinaria ■



#### **Dr. Antonio de la Fuente**

Especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora

Madrid

Tel.: 91 5638464

[delafuente@cirugia-plastica.net](mailto:delafuente@cirugia-plastica.net)

[www.clinicadelafuente.es](http://www.clinicadelafuente.es)

#### **Dr. J. Franco Rodil**

Especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora

### BIBLIOGRAFÍA

1. Graf, R., and Biggs, T.M. In search of better shape in mastopexy and reduction mammoplasty. *Plast. Reconstr. Surg.* 110: 309, 2002.
2. Gonzalez, F., Walton, R. L., Shafer, B., and Borah, G.L. Reduction mammoplasty improves symptoms of macromastia. *Plast. Reconstr. Surg.* 91: 1270, 1993.
3. Blomqvist, L., Eriksson, A., and Brandberg, Y. Reduction mammoplasty provides long-term improvement in health status and quality of life. *Plast. Reconstr. Surg.* 106: 991, 2000.
4. Ribeiro, L. A new technique for reduction mammoplasty. *Plast. Reconstr. Surg.* 55: 330, 1975.