

Mamoplastia de reducción sin cicatriz vertical: técnica del ANCLA

FERNANDO ARANGO, MD*; ALEXANDER MENDOZA MEDINA, MD**;
HÉCTOR GUILLERMO LEÓN HIGUERA, MD***; CLAUDIA CRISTINA BUILES R, MD***

Palabras clave: Mamoplastia de reducción, mamoplastia de reducción horizontal, gigantomastia, hipertrofia mamaria, no cicatriz vertical, pedículo inferior, mamopexia, cicatriz hipertrofica, cicatriz queloide, calidad de cicatriz, técnica, afrodescendientes.

Key words: Reduction mammoplasty, horizontal breast reduction, gigantomastia, breast hypertrophy, no vertical scar, inferior pedicle, breast lift, cicatrix hypertrophic, keloid, scar quality, technique, african continental ancestry group.

Resumen

La hipertrofia mamaria y la gigantomastia en la población negra, representa un desafío para el cirujano plástico, dado el número y el tamaño de las cicatrices propias de este procedimiento y la mayor tendencia en esta etnia a presentar cicatrices hipertróficas o queloides. El presente artículo expone una técnica de mamoplastia de reducción y pexia, basada en pedículo inferior, con un colgajo glandular en forma de ancla, evitando la cicatriz vertical y obteniendo buenos resultados.

Abstract

The breast hypertrophic and the gigantomastia in the darker skinned individuals, represent for the plastic surgery a challenge, given taht the number and the size of the scars in this surgery and the high incidence in this population to present cicatrix hypertrophic or keloids The presente article show a technique of reduction mammoplasty with inferior pedicle and breast lift based in a glandular flap anchor shaped, avoiding the vertical scar, achieving good results.

Introducción

La hipertrofia mamaria es una patología generada por un aumento de volumen, tanto de tejido glandular como adiposo, que puede presentarse desde la menarquía hasta en etapas tardías.

El aumento progresivo del volumen de las mamas, puede atribuirse a factores genéticos, hereditarios, étnicos, hormonales, nutricionales o enfermedades asociadas como la obesidad, entre otras. Algunas mujeres con hipertrofia mamaria tienen problemas con su autoestima e imagen corporal, que repercute en sus relaciones interpersonales, en la manera de vestir, en sus actividades físicas, en las labores diarias en el hogar o trabajo, además de generar alteraciones físicas, dolores crónicos, escoliosis o malas posturas.¹

Muchos procedimientos de reducción mamaria han sido descritos en la literatura así como nuevos métodos y modificaciones. Las técnicas más comúnmente empleadas en los años sesenta fueron las de Strömbeck² y Thoreck³, para casos de

gigantomastia y ptosis extrema, que requerían amputación del complejo areola pezón (CAP) para su posterior reimplantación sobre la dermis. En los años setenta se implementó la técnica de McKissock y Arie – Pitanguy para resecciones pequeñas siendo además, una técnica de elección para mastopexias. En los años ochenta se popularizaron otras técnicas brasileñas y las técnicas de pedículo inferior propuestas por Robbins⁴, Courtis y Georgiade. En los ochentas y noventas, se popularizaron las técnicas verticales y periareolares descritas por Lejour, Benelli y Pexioto.⁵

“La cicatriz submamaria es la más estética, pero da una reducción vertical, mas no horizontal. La empleó por primera vez Dieffenbach (1848), también fue utilizada por Thomas (1882) y por Morestin (1905). Estos incluían la resección del polo infe-

* Cirujano plástico. Jefe de Servicio Cirugía Plástica, Fundación Universitaria San Martín.

** Cirujano plástico, Fundación Universitaria San Martín.

*** RIV Cirugía Plástica, Fundación Universitaria San Martín.

rior de la mama”¹¹; en la técnica que presentamos, además de la reducción en el eje vertical, se realiza un manejo del componente horizontal de la mama mediante resección y liposucción.

En 1930 Schwarzmann presentó la maniobra de desepidermización junto con la que se realizaba una técnica de mamoplastia de reducción que basaba el CAP en un pedículo superomedial, con una cicatriz resultante periareolar y horizontal, sin vertical. Sin embargo, la conificación de la mama obtenida con esta técnica no satisface los objetivos actuales de los pacientes, ni del cirujano.

En el año 2003 el doctor Lalonde publica una técnica para mamoplastia de reducción sin cicatriz vertical con buenos resultados,^{6,7}. Esta al igual que otras similares tuvo mucha controversia debido a la poca conificación de la mama; se le atribuyó sin embargo, un buen resultado en la proyección de la mama evidente en las vistas laterales, considerado difícil de lograr.⁸ Presentamos una modificación a esta técnica para lograr mejores resultados estéticos y su aplicabilidad principal a la población con riesgo de cicatriz patológica.

En las mamoplastias de reducción el patrón de cicatriz más común es la cicatriz en T invertida, ya que es adecuado para una amplia variedad de tamaños y formas de senos, no obstante, se produce una cicatriz con componentes periareolar, horizontales y verticales, y tiene la propensión a las “orejas de perro” medial y lateral. Las técnicas verticales han ido ganando interés sobre todo debido a que se puede producir solo una cicatriz periareolar y una cicatriz vertical corta, pero este método no es muy adecuado para los senos de tamaño moderado a grande y tiene una alta tasa de revisión. El patrón horizontal es adecuado para la mayoría de las mamas con ptosis de moderada a severa y tiene como objetivo eliminar el componente vertical de la cicatriz utilizando una incisión periareolar. La cicatriz periareolar debe estar diseñada para quedar libre de tensión, dando una forma redondeada y un resultado estético satisfactorio.⁹

La población de raza negra, tiene una mayor incidencia en la presentación de cicatrices hipertróficas y queloides¹⁰; la reducción mamaria representa un gran desafío, debido al número y tamaño de las cicatrices propias de este procedimiento, mas aun cuando se hace un planeamiento quirúrgico con cicatriz resultante en T invertida. Teniendo en cuenta que la mejor cicatriz es la que no se hace, y con evidencia reciente y

estadísticamente significativa de que la paciente prefiere la cicatriz horizontal a la vertical¹¹, presentamos una técnica sin cicatriz vertical como alternativa para la reducción mamaria en pacientes con gigantomastias y con tendencia a presentar cicatrices hipertróficas y queloides (Figura 1)



Figura 1. Paciente operada con técnica en ancla, logrando evitar queloide en una cicatriz vertical.

Esta técnica es aplicable a la hipertrofia endocrina, hipertrofia virginal, hipertrofia asociada a obesidad e hipertrofia posgravídica; permite grandes resecciones en hipertrofias severas (800 a 1000 gr) y gigantomastias (mayores a 1000 gr); es útil en mamas con predominio horizontal y anteroposterior, y en pacientes con mala elasticidad cutánea; al lograr adicionalmente pexia dentro del desarrollo de la técnica, vale anotar que permite manejar pacientes con ptosis mamaria Grado II y grado III de la clasificación de Regnault¹², e incluso mamas que superen el ombligo.

Se presenta la experiencia de 69 casos de pacientes con hipertrofia mamaria severa, con resección en promedio de 800 gr en cada mama, mediante técnica de pedículo inferior modificada con triángulos laterales, en forma de ancla.

Materiales y métodos

Entre el año 2008 y 2014, se llevaron a cabo en diferentes escenarios de Colombia, 69 mamoplastias de reducción mediante la técnica del ancla; la razón para realizar la cirugía mediante esta técnica fue a libre criterio del cirujano.

Las pacientes operadas fueron afrodescendientes y mestizas, con edades entre los 25 y 63 años, y una media de 38 años; el seguimiento se logró en el menor de los casos a los 6 meses y en el mayor hasta los 5 años.

La evaluación de los resultados se determinó mediante encuesta que se realizó entre 6 y 12 meses del posoperatorio; también se anota en este artículo la autocrítica de los autores.

Técnica quirúrgica

Paciente en posición sentada o de pie, se realiza marcación dinámica tipo Thoreck³ ubicando inicialmente el punto A con la maniobra de proyección del surco infra-mamario (SIM), este punto corresponderá al punto más alto de la nueva ubicación del CAP, se corrobora que el punto A se encuentre entre 18 a 21 cm de distancia sobre el eje mamario.

Sobre el CAP de la paciente se marca el perímetro con aerólótomo de 4,5 a 5 cm de diámetro, y se traza una línea en el eje horizontal marginal superior a este perímetro (entre 5 a 10 mm de distancia), la llamaremos línea horizontal superior; esta horizontal se extiende hasta los límites laterales y mediales de la mama; algunos autores puntualizan que esta línea debe ubicarse a 9 cm del punto A sobre el eje mamario¹³. Lo más importante es tener presente, que esta distancia corresponderá en la mama reducida, a la distancia CAP-SIM. Se traza una segunda línea tangencial superior al SIM (5 a 10 mm superior al SIM), esta línea se extiende desde la línea axilar anterior hasta 3 cm antes de la línea media y se unirá en sus porciones laterales con la línea marcada previamente, la llamaremos línea del SIM (Figura 2).

Diseño del colgajo: desde la línea superior se proyectan 2 brazos hacia abajo que se curvan hacia afuera el brazo lateral y hacia adentro el brazo medial, pasan a 10 mm del CAP y se extienden hasta la línea del SIM, sobre la cual definen la base del colgajo la cual debe ser de 8 cm. Desde este punto se marca 1 triángulo isósceles a cada lado, de 4x4x3 cm, conformando la forma de ancla del colgajo glandular de pedículo inferior (Figura 3).

Se identifica porción lateral de la mama para lipoaspiración (Figura 4), la cual estará enfocada hacia la prolongación axilar de la glándula (cola de Spencer).

Se realiza incisión superficial de todas las líneas marcadas; se avanza cánula de infiltración por línea superior en su porción lateral o por el límite lateral

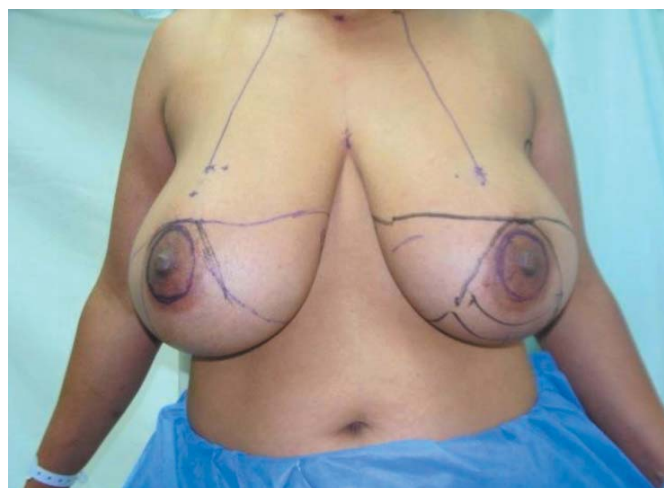


Figura 2. Marcación vista anterior. Se identifica eje mamario, punto A, línea horizontal superior, línea periareolar y las líneas que delimitan la porción superior del colgajo en ancla.

del colgajo en ancla según comodidad del cirujano, y se infiltra solución de lactado de Ringer +adrenalina + lidocaína 1% en proporción de 1000::1::10 cc, mediante técnica tumescente se procede a lipoaspiración de porción lateral de la mama. Maniobra

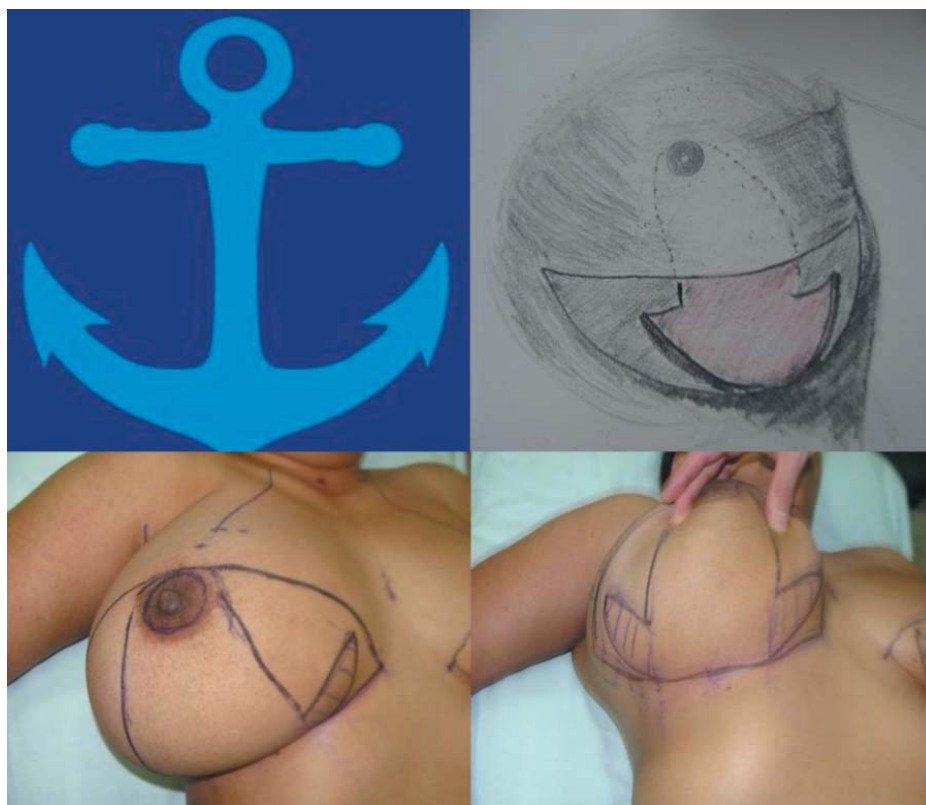


Figura 3. Marcación vistas inferiores: se aprecia línea del surco inframamario y el colgajo en forma de ancla con una base mínima de 8 cm y 1 triángulo a cada lado.

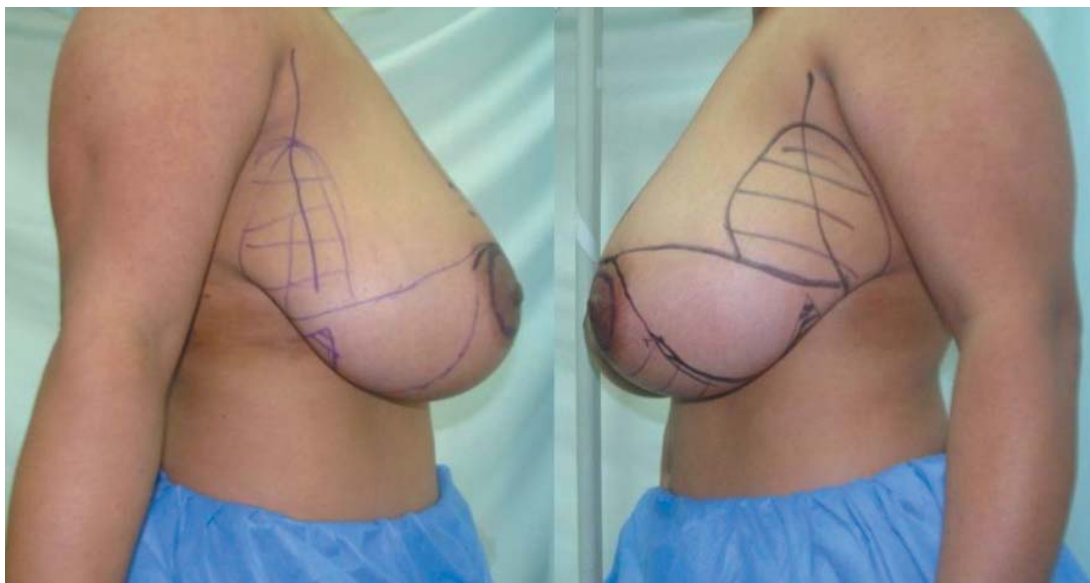


Figura 4. Marcación vistas laterales: prolongación de la mama hacia la axila corresponde al área a lipoaspirar, marcada con cuadrícula.

de Schwartzmann sobre colgajo en ancla, si se dispone de dermatomo es posible hacerlo con este, teniendo precaución en la región periareolar (Figura 5).

Incisión, disección y excéresis de tejido glandular mamario desde la línea superior hasta la línea del SIM, respetando colgajo en ancla desepitelizado (Figura 6). Desde la línea superior se disecciona colgajo dermoglandular de la mama en sus cuadrantes

superiores que debe tener un grosor de 3 cm idealmente para garantizar su vascularización (Figura 7). Este colgajo se avanzará posteriormente hasta el SIM.

Se realiza armado de la mama fijando los triángulos del colgajo en ancla a la fascia pectoral con prolene 3-0. Si existe ptosis lateral, con estos puntos se logra además del ascenso, la medialización del CAP (Figura 7).



Figura 5. Se realiza maniobra de Schwartzmann en piel suprayacente del colgajo en ancla; el puerto de cánula para liposucción avanza por algún punto del perímetro de este colgajo para evitar cicatriz adicional.

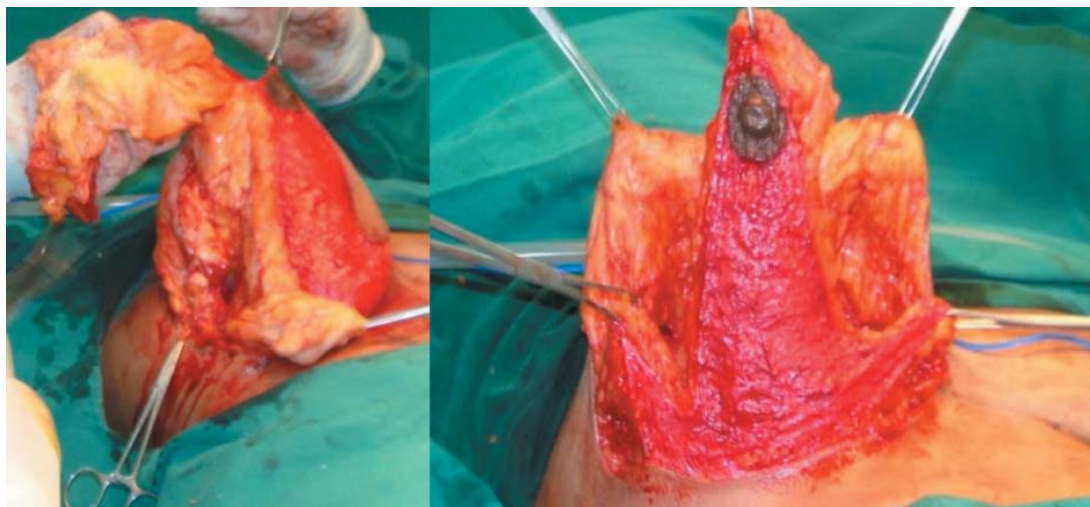


Figura 6. Reseccion dermoglandular respetando colgajo en ancla y dejando un mantel dermograso de 3 cm de espesor en el polo superior de la mama.

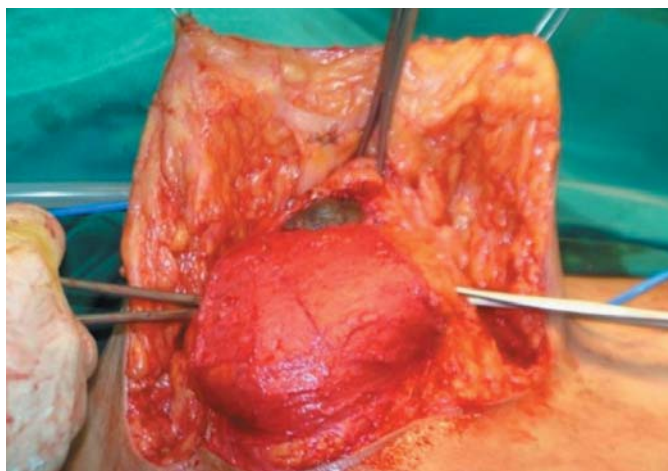


Figura 7. Armado de la mama, fijación del ancla a fascia del pectoral mayor.

Avance del colgajo dermoglandular superior hasta el SIM y cierre por planos hasta plano cutáneo con intradérmica (Figura 8).

Diseño de la neoareola ubicando el pezón entre 7 a 8 cm del SIM y entre 9 a 11 cm de la línea media esternal (estas medidas pueden variar según el criterio del cirujano para la ubicación del CAP en el punto de mayor proyección de la mama y según el tórax de la paciente); resección circular de piel para conformar la ventana de 2 a 2.5 cm de diámetro, y extracción del CAP por dicha ventana (Figura 9).

Recomendamos dejar drenes conectados a sistema de vacío independientes por 5 a 10 días; se indica la utilización de

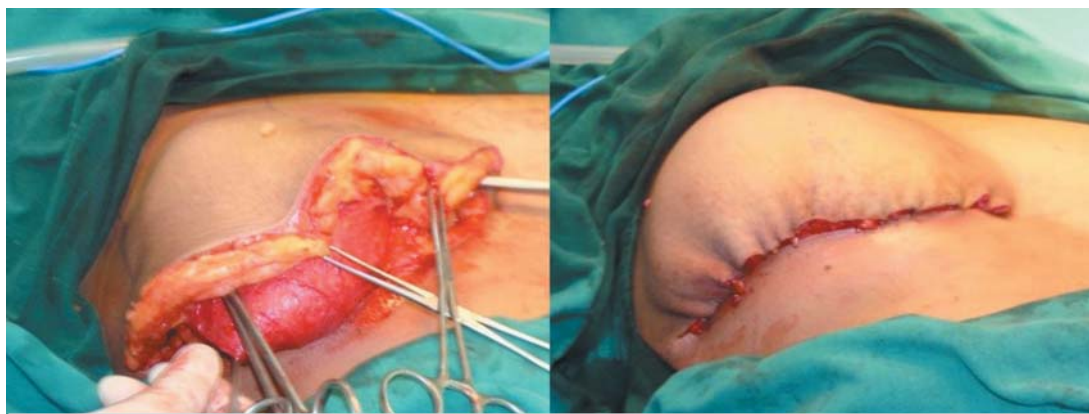


Figura 8. Colgajo dermograso superior con 3 cm de grosor se avanza hasta surco mamario inferior.

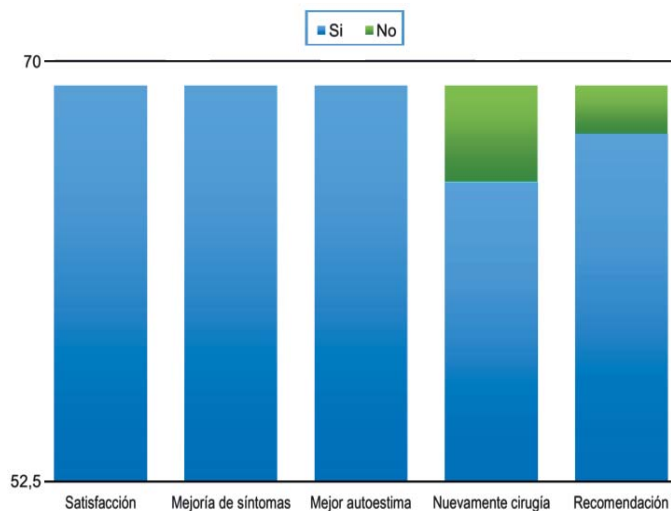


Figura 9. Exteriorización del CAP. Se tiene como medida de referencia mantener una distancia del pezón al SIM de 7 a 8 cm.

prendas de lycra (ligeramente compresivo), frío local, dormir boca arriba y semisentada.

Resultados

Las 69 pacientes operadas se encontraron satisfechas con la cirugía, con mejoría de los síntomas asociados y de su autoestima. En todas las pacientes se corrigió la posición del CAP. Al momento de la encuesta todas manifestaron tener vida sexual activa; 65 de ellas se someterían nuevamente al procedimiento; 67 lo recomiendan a otras pacientes; 6 quedaron en embarazo y 5 lactaron sin problemas; la paciente que no lactó no produjo leche y no se estableció la cirugía como causal de esto, 4 pacientes registraron algún grado de ptosis en un seguimiento a 3 años; no se presentó ninguna necrosis del CAP, 2 pacientes presentaron epidermolisis de areola unilateral.



Discusión

Siendo la mamoplastia de reducción una intervención quirúrgica de alta frecuencia en nuestro medio, vale la pena anotar que no se pretende que la técnica presentada se vuelva el estándar de oro para el manejo de todas las pacientes, el objetivo ha sido presentar una opción más, para el arsenal de herramientas que como cirujanos plásticos debemos tener para ofrecer.

El concepto de ahorro de cicatriz cobra importancia para algunas pacientes con alto riesgo de cicatriz hipertrófica o queloide y esta opción quirúrgica nos brinda esa oportunidad; adicionalmente en estas pacientes no se debe olvidar el manejo preventivo para el desarrollo de la cicatriz anómala.

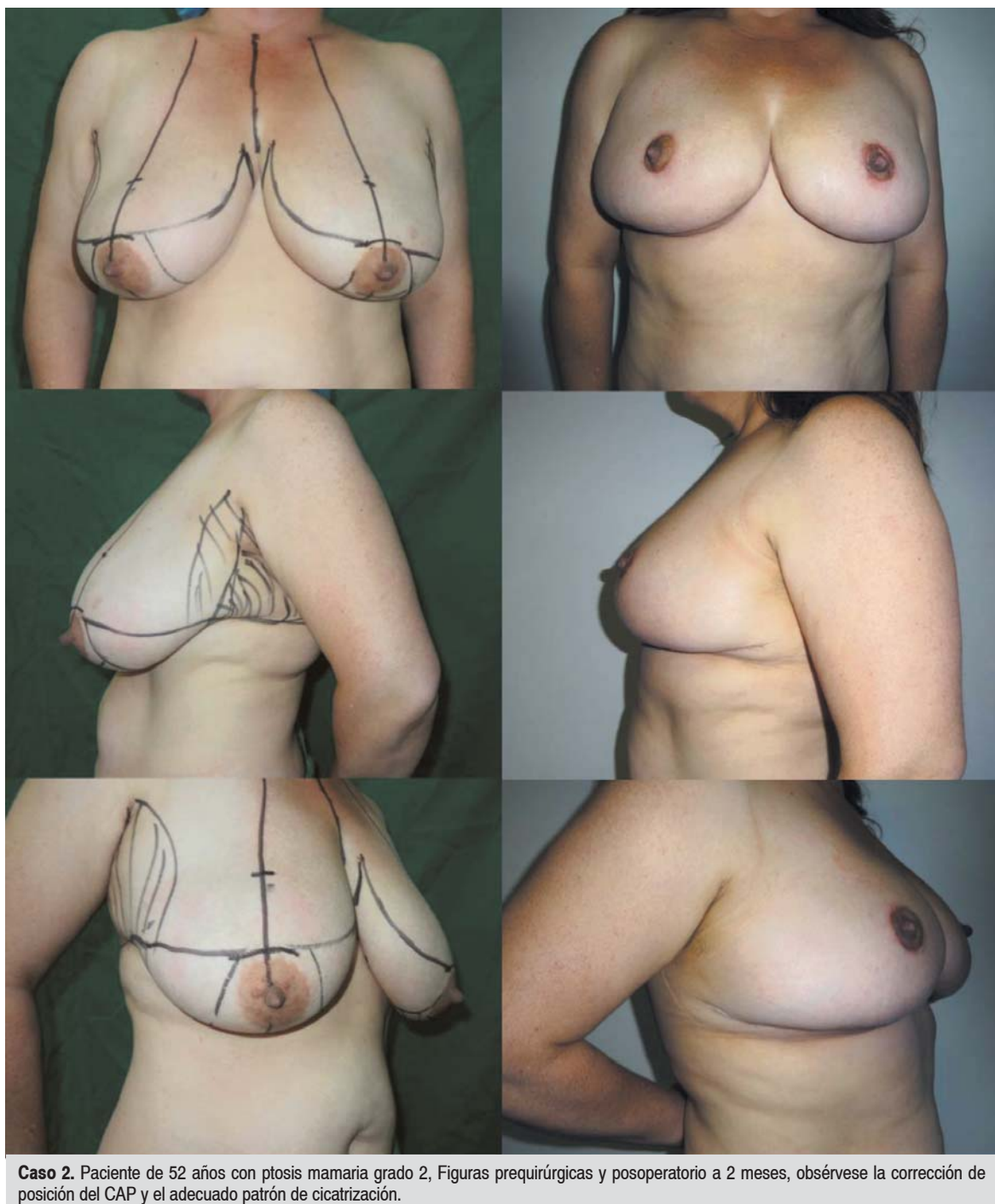
Al evitar la cicatriz vertical y su unión con la incisión inferior, además de excluir la cicatriz, se está previniendo el sufrimiento que estadísticamente se ha visto en esta zona, con una alta incidencia de dehiscencia y epidermolisis por tensión, sumando un riesgo adicional para cicatriz patológica.

Dadas las dimensiones diferentes entre la horizontal superior e inferior, la sutura en el SIM la realizamos en corcho de lata o fruncido. Hemos notado que el resultado final de dicha cicatriz es óptimo en la mayoría de los casos; el conocimiento de esto, es importante para transmitirlo a nuestras pacientes y tranquilizarlas, durante el periodo de maduración de las cicatrices.

El principal inconveniente que otros cirujanos ven a las técnicas de mamoplastia horizontal está determinado por la dificultad para lograr la conificación, nosotros logramos di-



Caso 1. Paciente con gigantomastia, se realiza resección de 858 gr en mama izquierda y de 945 gr en mama derecha, nótese la ptosis y lateralización del CAP en las Figuras prequirúrgicas, se logra reposicionamiento del CAP y buena calidad de cicatrices.



Caso 2. Paciente de 52 años con ptosis mamaria grado 2, Figuras prequirúrgicas y posoperatorio a 2 meses, obsérvese la corrección de posición del CAP y el adecuado patrón de cicatrización.

cha conificación con el armado del colgajo glandular en ancla y su fijación a la fascia pectoral. Adicionalmente, se mejoraron los resultados al sumar la liposucción en el cuadrante superoexterno. White y cols.¹⁴ recomiendan realizar la conificación, compensando la sutura del SIM en el tercio

medial de la horizontal, de tal manera que el excedente del colgajo dermoglandular superior se distribuya en esta área; en nuestra experiencia esto no ha sido determinante, pero consideramos que este podría ser un factor adicional para mejorar los resultados.

Conclusiones

La técnica de mamoplastia de reducción con pedículo inferior en ancla, es una técnica segura, replicable y con la que se pueden lograr buenos resultados.

La conificación de la mama es una de las principales limitantes en las mamoplastias de reducción sin cicatriz vertical, sin embargo la liposucción de los componentes laterales de la mama y la forma de ancla del pedículo inferior facilitan la dinámica de los volúmenes para el armado de la mama y mejoran el contorno en los cuadrantes inferiores; adicionalmente, en algunas pacientes y según el criterio del cirujano, es posible realizar una liposucción sutil del cuadrante inferointerno de la mama, mejorando aún más estos aspectos.

Referencias

1. Berrocal Revueltas M. Las cuatro estaciones de las mamas. Primera Edición. Bogotá: Impresión Médica 2014:25-26.
2. Strömbeck JO. Reduction mammoplasty: Some observations and reflections. *Aesth Plast Surg* 1983;7:249-251.
3. Thorek M, Charles C, Thomas C. Plastic surgery of the breast and abdominal wall. Springfield, Illinois, 1942.
4. Robbins TH. A reduction mammoplasty with the areola nipple based on a inferior dermal pedicle. *Plast Reconstr Surg* 1977;59:64-67.
5. Espinosa S. Mamoplastia de reducción: 50 años de evolución. *Cir Plast* 2004; 14(2):105-111.
6. Lalonde DH. No vertical scar breast reduction: a good alternative to the T scar inferior pedicle breast reduction. *Can J Plas Surg* 2000;8:36-40.
7. Lalonde DH, Lalonde J, French R. The no vertical scar breast reduction: a minor variation that allows you to remove vertical scar portion of the inferior pedicle wise pattern t scar. *Aesth Plast Surg* 2003;27:335-344.
8. Nahai F. Breast reduction with no vertical scar, letter to editor. *Aesth Plast Surg* 2004;28:354.
9. Hosnuter M, Tosun Z, Kargý E, Babuccu O, Savacý N. No-vertical-scar technique versus inverted t-scar technique in reduction mammoplasty: a two-center comparative study. *Aesth Plast Surg* 2005;29:496-502.
10. Sidle DM, Kim H. Keloids: Prevention and Management. *Facial Plast Surg Clin N Am* 2011;19:505-515.
11. White CP, Farhang Khoe H, Kattan AE, Farrokhyar F, Hynes NM. Breast reduction scars: a prospective survey of patient preferences. *Aesthetic Surgery Journal* 2013;33:817-821.
12. Regnault P. Breast ptosis: definition and treatment. *Clin Plast Surg* 1976;3:193-203.
13. Echo A, Guerra G, Wolfswinkel EM, y col. No vertical scar inferior pedicle breast reduction using the dermal suspension sling. *Eur J Plast Surg* 2014;37:21-28.
14. White CP, Hynes NM. The horizontal breast reduction: Surgical tips for maintaining projection. *Can J Plast Surg* 2013;21(3):167-172.

Datos de contacto del autor

Fernando Arango, MD
Correo electrónico: fernandoarango191@gmail.com

Discusión

Mamoplastia de reducción sin cicatriz vertical: técnica del ANCLA

Arango F, MD; Mendoza A, MD; LEÓN H; Builes C, MD

Por: Manuela Berrocal Revueltas MD*

Mis felicitaciones a los autores, doctores Arango, Mendoza, León y Builes, por su interés en compartir sus experiencias, sobre un tema de permanente interés y actualidad dentro del ejercicio de la especialidad.

Aunque los fundamentos de la técnica horizontal datan de los primeros artículos publicados por importantes autores como: Thomas (1882), Dieffenbach (1848), Morestin (1905) y Maliniac (1932), es necesario tener presente que todos los procedimientos basados en cicatriz horizontal, fueron abandonados y entraron a hacer parte de la historia de la cirugía plástica estética de la mama, por la pobre calidad de los resultados obtenidos a mediano y largo plazo, entre los cuales cabe destacar la falta total de proyección del cono mamario, fundamental para la estética de dicho órgano.

Esta falta de proyección de la mama y la necesidad sentida de las pacientes y cirujanos de reducir el tamaño de la cicatriz en T-invertida, dio origen a un significativo número de nuevas técnicas con cicatrices mínimas tales como: la vertical, de Lassus (1977), Peixoto (1979), Lejour (1990), cicatriz en L, Regnault (1974), Bozzola (1982), Chiari 1992 y la cicatriz en J descrita por mí, publicada en 1992, en 2000, en 2008 y en 2013, con una casuística de más de 3.000 pacientes intervenidas en los últimos veinte años.

Todas la técnicas descritas a partir de las décadas del setenta y ochenta, tienen un objetivo común, el cual es, disminuir el tamaño horizontal de las cicatrices y mejorar la proyección del cono mamario, fundamental y esencial en los patrones de la estética mamaria.

* Profesora titular, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena. Exsecretaria general de FILACP.
Correo electrónico: manebe@une.net.co