



**Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica  
Estética y Reconstructiva**

**Volumen 29 • Número 2  
Diciembre de 2023  
ISSN 2422-0639  
(En línea)**

Revista Colombiana de

# **Cirugía Plástica y Reconstructiva**

# SOFT<sup>+</sup>Plus

PERFECTA COMBINACIÓN  
DE SUAVIDAD Y DISEÑO.

SOFT PLUS ES EL RESULTADO DE LA EVOLUCIÓN DE LA CLÁSICA SUPERFICIE LISA AÑADIDA AL GEL HSC + Y AL CONCEPTO BIODESIGN.

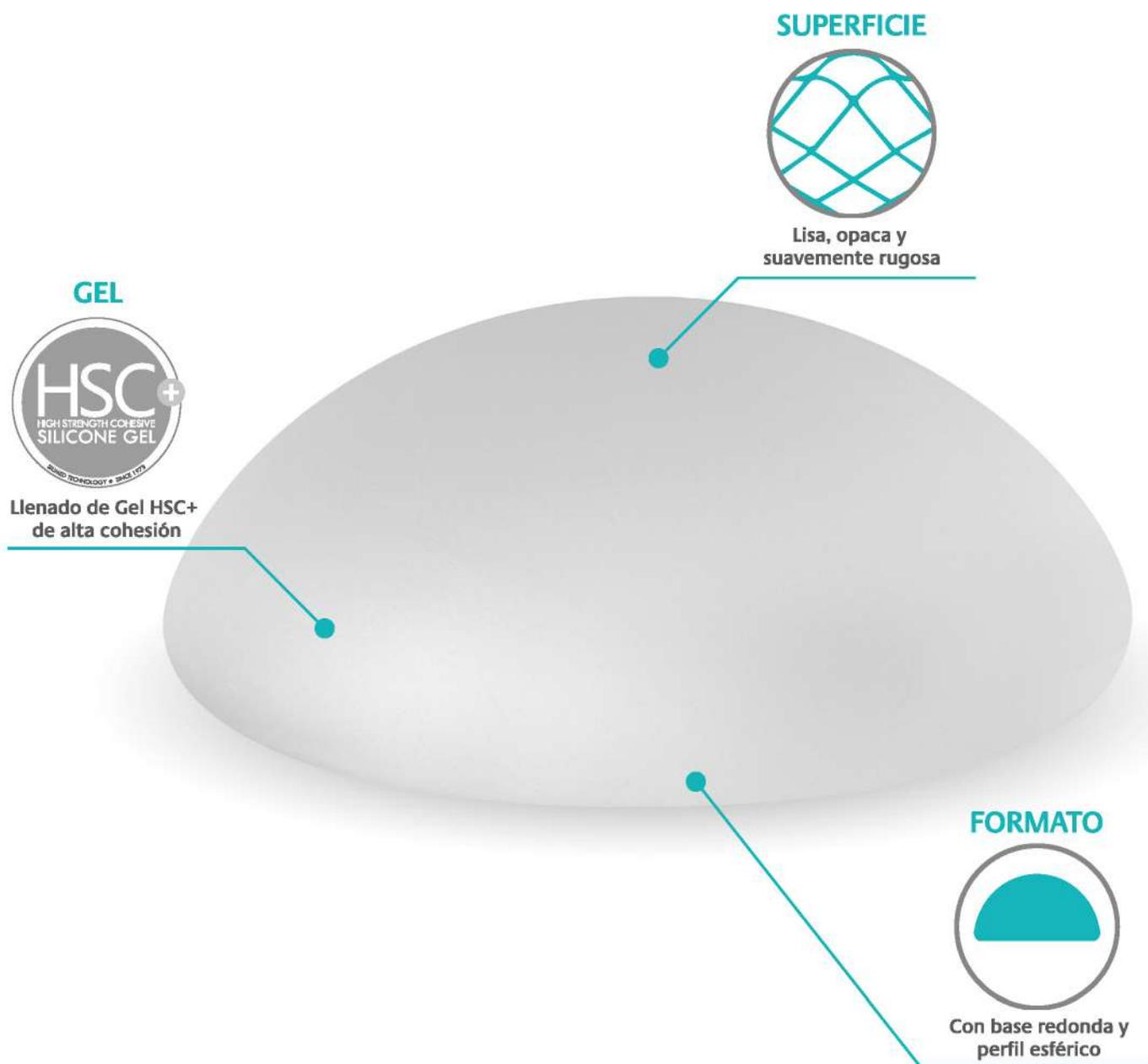
Este nuevo implante aporta beneficios adicionales en comparación con los implantes lisos, como el **llenado completo de las mamas** e interacciones naturales entre el implante y los tejidos adyacentes, como afirmaciones de estudios con productos similares.<sup>1</sup>

¡Soft Plus marca **la nueva generación de implantes** lisos en el mercado!



# BENEFICIOS

- ▶ Llenado completo de las mamas;
- ▶ Interacciones naturales entre el implante y los tejidos adyacentes, como afirmaciones de estudios con productos similares.



# Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva

Junta Directiva Nacional SCCP

Presidenta

María Isabel Cadena Ríos, MD

Vicepresidente

Álvaro Arana Núñez,

Secretaria ejecutiva

Damaris Romero Chamorro, MD

Secretario general

Freddy Rodríguez García, MD

Tesorera

Tatiana García Vanegas, MD

Fiscal

Alfredo Patrón Gómez, MD

Vocal expresidente

Ernesto Barbosa Landínez, MD

## Presidentes seccionales

Seccional Antioquia

Juan Esteban Sierra Mejía, MD

Seccional Caldas

Jorge Bernardo Castrillón, MD

Seccional Central

Minyor Avellaneda, MD

Seccional Eje Cafetero

Ricardo Bonilla, MD

Seccional La Heroica

Mauricio Alfredo Bolívar Lombana, MD

Seccional Nororiental

Claudia Cecilia Pérez Chacón, MD

Seccional Norte

Norah Stanford, MD

Seccional Pacífico

William Jiménez, MD

Seccional Santander

Carlos Julián Díaz, MD

Seccional Tayrona

Edwin Vega de la Hoz, MD

Presidente XXII Curso Internacional, SCCP

Saad Salim Barhoum, MD

# Revista Colombiana de Cirugía Plástica y Reconstructiva

Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva

Publicación científica semestral

Latindex - Redib - Publindex

Director: Jorge Arturo Díaz Reyes, MD

## Consejo Directivo

María Isabel Cadena Ríos, MD

Tatiana García Vanegas, MD

Jorge Arturo Díaz Reyes, MD

Sabrina Gallego Gónima, MD

Juan Carlos Zambrano Bürgl, MD

## Comité Editorial

Antioquia

Diana Correa Bernal, MD

Caldas

Colombia Quintero de Pérez, MD

Central

Olga Lucía Mardach Luna, MD

Eje Cafetero

Ricardo Pacheco Soler, MD

La Heroica

Manuela Berrocal Revueltas, MD

Nororiental

Wolfgang Parada Vivas, MD

Norte

Basilio Henríquez Tejada, MD

Pacífico

Jorge Arturo Díaz Reyes, MD

Santander

Carlos Enrique Ramírez Rivero, MD

Tayrona

Christian Mattos Guzmán, MD

EE. UU.

Oscar J. Manrique, MD

Nicaragua

Mauricio Mendieta E., MD

## Consejo Asesor

Tito Tulio Roa Roa, MD

Michael Drever, MD (Canadá)

Gabriel Horacio Alvarado García, MD

Jaime Restrepo E., MD

Manuela Berrocal R, MD

José Guerrero S., MD (México)

Orlando Pérez Silva, MD

Luis O. Vasconez, MD (EE. UU.)

Ricardo Galán S, MD

Juares Avelar, MD (Brasil)

Marco Antonio Ramírez Zuleta, MD

Raúl Sastre Cifuentes, MD

María Cristina Quijano F., MD

Jaime Planas, MD (España)

Antonio Fuente del Campo, MD (México)

Herley Aguirre S., MD

Ricardo Salazar López, MD

Renato Saltz, MD (EE. UU.)

Felipe Pardo P., MD

María del Mar Vaquero, MD (España)

## Gerente

Damaris Romero Chamorro, MD

Informes, inscripciones y comercialización:

Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva

Avenida Calle 127 núm. 16A-76 Oficina 304

Edificio Manhattan Center, Bogotá, Colombia.

Teléfono: 627 9136 - Telefax: 627 9247

ISSN 2422-0639 (En línea)

©Derechos Reservados: se permite la reproducción parcial citando la fuente.



Editor médico: Jorge Arturo Díaz Reyes - jadir45@gmail.com

Consúltenos en [www.ciplastica.com](http://www.ciplastica.com)

y [www.cirugiaplastica.org.co](http://www.cirugiaplastica.org.co)

Producción editorial

OPR DIGITAL SAS

[carlosmoreno.opr@gmail.com](mailto:carlosmoreno.opr@gmail.com)

Bogotá D. C., Colombia, 2022

## CONTENIDO

Volumen 29 núm. 2  
Diciembre de 2023

### EDITORIAL

- 4 **De Descartes a la IA**  
**From Descartes to AI**  
Jorge Arturo Díaz Reyes, MD

### PÁGINA DEL PRESIDENTE

- 6 **Buscando la excelencia**  
**Searching for excellence**  
María Isabel Cadenas Ríos, MD

### REVISIÓN

- 7 **Pedículo superior en mamoplastia de reducción. Descripción de una técnica quirúrgica. Estudio prospectivo a 6 años con 866 casos**  
**Upper pedicle in reduction mammoplasty. Description of a surgical technique. 6-year prospective study with 866 cases**  
Darío Salazar Salazar, MD

### PRESENTACIÓN DE CASO

- 15 **Recidiva de gigantomastia juvenil secundaria a hipertrofia virginal: reporte de un caso**  
**Recurrence of juvenile gigantomastia secondary to virginal mammary hypertrophy: a case report**  
J. N. Domínguez Chávez-Camacho, MD; R. Díez González, MD; A. R. Blaz Zavala, MD
- 21 **Resección de lipoma en región escapular mediante lipoaspiración en paciente pediátrico: reporte de caso**  
**Lipoma resection in a pediatric patient over the scapular region by liposuction: case report**  
G. Montealegre, MD; J. Herrera, MD; S. Moreno, MD

### IDEAS E INNOVACIÓN

- 25 **Lipoma gigante mamario**  
**Giant breast lipoma**  
Juan Fernando Rengel Maldonado, MD; Yesenia Maribel Molina Vinuesa, MD
- 30 **Pexia mamaria de aumento a expensas del pedículo superior sin implantes**  
**Breast augmentation using upper pedicle without the need for implants**  
Aulio E. Bustos-Díaz, MD; Jorge Tarud, MD; Samyd S. Bustos, MD; Valeria P. Bustos, MD
- 38 **Mamoplastia en T invertida con diseño vertical de Madeleine Lejour**  
Inverted T-Mammoplasty with vertical design by Madeleine Lejour  
Sergio Arbeláez Bolaños, MD; Rosa Claudia Eslait Merchán, MD; Sergio A. Arbeláez Eslait, MD; Koretta Esmeral Atehortúa, MD
- 45 **Técnica de mastopexia combinando colgajo superior e infero-lateral: una alternativa segura**  
**Mastopexy technique combining superior and infero-lateral flap: a safe alternative**  
José Enrique Palacio, MD; Linda Vanessa Carvajal, MD; Gonzalo Díaz, MD

### HISTORIA

- 52 **Mamoplastia de aumento a través de la historia**  
**Augmentation mammoplasty through history**  
Ricardo Salazar López, MD

### OBITUARIO

- 55 **Luis Fernando Peña González**  
Carlos Enrique Ramírez Ribero, MD.

- 56 **TESTIMONIO GRÁFICO**

- 77 **INFORMACIÓN A LOS AUTORES**

La Revista Colombiana de Cirugía Plástica y Reconstructiva informa a todos los autores y lectores que actualmente participa en la convocatoria oficial 830 abierta por Publindex Colciencias, para actualización del IBN, la cual cerró el 14 de marzo de 2019. Y que todos sus números con los contenidos completos, desde el año 2011, se encuentran en la base de datos de dicho indexador.

# De Descartes a la IA

## *From Descartes to AI*

JORGE ARTURO DÍAZ REYES\*

94 años después del “*Revolutionibus orbitae*” de Copérnico y 50 años antes de los “*Principia mathematica*” de Newton; en medio de lo que unos llaman la revolución científica y otros, el despertar de la conciencia, Descartes publicó “El discurso del método... para conducir bien la propia razón y buscar la verdad en las ciencias”.

Ensayo que cimentó el concepto científico moderno: La duda metódica. No aceptar nada como verdadero sin evidencia de que lo sea, pero una vez aceptado, comunicarlo y someterlo a examen general, para sumarlo al avance del conocimiento. La ciencia es el método y el método es el discurso.

Poco después (1665-66), nacen las dos primeras revistas científicas: *Journal des Scavans* en París y *Philosophical transactions* en Londres. De allí en adelante se desata el progreso. La ilustración, la revolución industrial, la cuántica, la atómica, la informática..., se han sucedido, derribando y erigiendo paradigmas como señalara Kuhn (1962).

A su vez, Bunge, finalizando el siglo pasado, hace un alto, revisa el estado de la cuestión: la ciencia, es conocimiento racional, sistemático, objetivo, verificable, al que se llega mediante la investigación. Presentando los hechos tal como son, independientemente de su valor emocional o comercial. La ciencia no poetiza ni vende, así sus logros puedan ser poetizados y objeto de negocios.<sup>1</sup>

Justa exégesis. Pero ahora, cuatro siglos después, en la era de todos en la red, esos postulados cartesianos afrontan una crisis. El discurso se ha hecho tan torrencial, inmediatista, incierto y mercantil que desborda el método.

Impulsados por la expansión del conocimiento, la superespecialización, Internet y el “publish or perish”, el artículo, epítome de la investigación y su vehículo, la revista, se han estandarizado e industrializado proliferando ad infinitum. Primando el volumen, el impacto, la velocidad, el “like” y el lucro. Difuminando la duda, relegando la comprobación y dificultando la autenticación.

Esta publicación hipertrófica y abigarrada, se ha tornado negocio multimillonario dominado por unas pocas fuertes editoriales, a las cuales todos tributan; autores, patrocinadores, instituciones, anunciantes y lectores. Los primeros, en muchos casos de 300 a 3.500 dólares por artículo publicado, los últimos a tarifa. El *Open system* (Revista abierta), creado bajo el criterio de que el conocimiento es patrimonio común y libre de la humanidad, también ha sido absorbido.

Y es tanta la urgencia de publicitarse, que han prosperado las fábricas de artículos (paper mills)<sup>2</sup>, vendiendo a destajo autorías y coautorías en manuscritos redactados por escritores fantasmas, presentando estudios en los que no se ha tenido ninguna participación, ni contacto con los otros miembros del “equipo”, y en la mayoría de los casos apenas noticia de su existencia.

¿Qué venden? Apariencia, falso estatus, en últimas dinero. ¿Qué compran? Figuración, prestigio, moneda de cambio en el mercado laboral e inversionista y en últimas, otra vez dinero. Un tráfico que está convirtiendo la comunicación científica mundial en un inmenso bazar donde se confunden la bisutería y la joyería, la buhonería y la investigación, la mentira y la verdad.

En salud el fenómeno es particularmente grave. Por ejemplo: autoría de “Neuroterapias de nueva generación contra el alzhéimer”, a cambio de unos 450 euros. También es posible ser el quinto coautor del artículo “Aparición de infecciones microbianas raras en India”, por 400 euros.<sup>3</sup> Con garantía de aparición en revistas acreditadas, incluido un estimado de citas. Hay para todas las especialidades y gustos.

“El investigador que más estudios científicos publica en España, firmó 176 trabajos el año pasado (2021)..., según un recuento de John Loannidis, experto en estadísticas biomédicas en la Universidad de Stanford (Estados Unidos) ... Un estudio cada dos días, si se

\* Director.

incluyen los fines de semana.”<sup>3</sup> Claro, cifras inverosímiles como estas, proyectan a los prolíficos como “líderes” en sus campos.

Se ha rotulado a nuestro período cultural, posmodernismo edad de la imagen, la virtualidad y la simultaneidad, que no dan tiempo a reflexión, verificación ni réplica. La comunicación debe ser ya, o se desactualiza.

Paga más parecer que ser, seducir que convencer y abundar que precisar. La retórica, la impostura y el histrionismo general han saltado la tapia del mundo científico. Se publica libertinamente, cuanto más y más llamativo mejor. Mal o bien, hay que estar en pantalla, sumar “clicks”, “influir”.

Y no solo por escrito. También la comunicación oral, en congresos, cursos y simposios menudean las representaciones, las técnicas de venta y el estilo showman. El micrófono bluetooth deja libre al expositor, otrora contenido, sobrio, académico, centrado en la información esencial, para que abandone el podio, gane las tablas y deambule por ellas gesticulando y embelesando al auditorio con su vaivén, expresión corporal y palabrería, pues lo que cuenta no son los argumentos sino la performance.

El arribo de la *Inteligencia artificial* (IA), con sus grandes modelos de Lenguaje (LLM) y sus populares chatbot, como ChatGPT, Bard, Bing...<sup>4</sup>, de uso fácil, sin curva de aprendizaje, y al alcance de todos, ha multiplicado las opciones de la picaresca. Su capacidad autónoma de generar textos, imágenes, datos, artículos completos. Varita mágica para emprendedores que hallan insufribles las duras tareas de la investigación, engorrosas las exigencias de la escritura, e intolerables los requisitos éticos.

Sí. La IA es una realidad insoslayable y progresiva, que sobrepasa editores, árbitros, universidades, sociedades... el sistema científico sorprendido, como Frankenstein por su criatura, no sabe aún convivir con ella.

Además, qué como sofisticación tecnológica de alto costo y compleja producción, queda en control de sus dueños, también unas pocas empresas informáticas, que así reforzadas, extienden su poder (no se adivina cuanto),

a esferas extracientíficas, como la cotidianidad, la libertad ciudadana, el medio ambiente, la economía, la política y la fuerza militar. El debate está abierto y enconado.

Timnit Gebru, catalogada por la revista *Nature* en cuarto lugar entre los 10 científicos más influyentes del 2021, había sido despedida el año anterior por Google, como codirectora del *Equipo de Inteligencia Artificial Ética*, en contestación a su artículo: «Los peligros de los modelos estocásticos: ¿Pueden los modelos de lenguaje ser demasiado grandes?». La defenestrada se reubicó, creando el Distributed AI Research Institute, para trabajar la IA independientemente de las grandes empresas tecnológicas ¿Quijotismo?

Pero con todo su refinamiento técnico, la IA no es más que otra herramienta. Heredera de las hachas de piedra, la palanca, la rueda. Como ellas amoral y a discreción del usuario que le infunde a cada trance su connotación ética.

De suyo brinda utilidades, respuestas y beneficios incalculables. Para solo hablar de algunas en la publicación científica: incremento de la eficiencia, consulta de datos, manejo de metadatos, verificación de imágenes, traducciones, corrección del texto original humano, edición, depuración de bibliografía...

En fin, como toda revolución, la IA inspira miedos, prevenciones y rechazos, que sus empleos inhumanos justifican. Mas, igual que siempre antes con las nuevas herramientas, estamos condenados a aprender a usarla y por el camino machacarnos los dedos. Sea como planteó Descartes en su clásico discurso, “para conducir bien la propia razón y buscar la verdad en las ciencias” o para lo contrario.

## Referencias

- 1 M. Bunge. *La ciencia, su método y su filosofía*. CEP-Banco de la República. Bogotá, 1996; p. 21
- 2 Acebo, Van Noorden. The fight against fake-paper factories that churn out sham science. <https://www.nature.com/articles/d41586-021-00733-5>
- 3 M. Ansele. Ética científica. <https://elpais.com/ciencia/2023-06-03/un-cientifico-que-publica-un-estudio-cada-dos-dias-muestra-el-lado-mas-oscuro-de-la-ciencia.html>
- 4 E. Spinak. Inteligencia artificial y comunicación de investigaciones. <https://blog.scielo.org/es/2023/08/30/inteligencia-artificial-y-comunicacion-de-investigaciones/ntroducción>

## Datos de contacto del autor

Jorge Arturo Díaz Reyes, MD  
Correo electrónico: direccionrevista.sccp@cirugiaplastica.org.co; jadir45@gmail.com

# Buscando la excelencia

## *Searching for excellence*

MARÍA ISABEL CADENA RÍOS\*

Estimados miembros de la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica (SCCP).

En un mundo en constante evolución, la adaptación a las demandas cambiantes y las necesidades de las nuevas generaciones de cirujanos plásticos se ha convertido en un desafío esencial. La digitalización se ha erigido como el punto de encuentro entre diferentes generaciones de cirujanos, permitiéndonos abrazar el progreso sin perder de vista las bases de nuestra especialidad. En este contexto, la SCCP ha desempeñado un papel fundamental al digitalizar sus procesos y recursos para estar en sintonía con las expectativas de las nuevas generaciones de cirujanos en Colombia. Este compromiso con la modernización garantiza que nuestra Sociedad siga siendo un faro de conocimiento y excelencia en la cirugía plástica estética y reconstructiva.

Un hito significativo que merece reconocimiento es el proceso de recertificación de nuestros cirujanos. Esto demuestra un compromiso inquebrantable con la actualización académica y la calidad asistencial. Es inspirador ver a muchos de los miembros abrazando esta oportunidad para estar a la vanguardia de las últimas prácticas y conocimientos en esta disciplina. Este es un testimonio del compromiso de nuestra comunidad con la excelencia y la seguridad de los pacientes.

La SCCP también ha brindado un espacio invaluable para la educación continua a través de webinars periódicos. Estos eventos ofrecen a los cirujanos la oportunidad de mantenerse al día en temas académicos cruciales, permitiéndoles mejorar sus habilidades y conocimientos

en beneficio de los pacientes. Son un reflejo del compromiso de la SCCP con el pilar de la educación y la mejora constante, y fomentan la colaboración y el intercambio de conocimientos en nuestra comunidad.

Además, es un placer anunciar las próximas citas de la SCCP que marcarán un hito en nuestro calendario académico y profesional. El IV Simposio de Seguridad del Paciente, que se llevará a cabo los días 15 y 16 de marzo de 2024 en Cartagena, se centrará en un aspecto crítico de nuestra práctica: la seguridad del paciente. Este evento ofrecerá una plataforma única para la discusión y el aprendizaje sobre las mejores prácticas en este campo esencial.

Por último, el XXXIX Congreso de la SCCP, programado del 23 al 26 de octubre de 2024 en Medellín, será una muestra de innovación, investigación y avances en cirugía plástica. Este evento anual se ha convertido en un faro de conocimiento y un punto de encuentro para nuestros miembros, donde pueden compartir sus experiencias y conocimientos con colegas de todo el país y el mundo.

En resumen, la digitalización, la recertificación, los webinars y las próximas citas de la SCCP son hitos que reflejan nuestra dedicación a la excelencia, la educación continua y la seguridad de los pacientes. Estamos comprometidos a seguir avanzando en beneficio de los pacientes y de nuestra especialidad. Les animamos a participar activamente en estos eventos y continuar siendo parte fundamental de esta comunidad de cirujanos plásticos comprometidos con la excelencia.

### Datos de contacto del autor

Maria Isabel Cadena Ríos, MD. Presidenta SCCP  
Correo electrónico: [doctora@mariaisabelcadena.com](mailto:doctora@mariaisabelcadena.com)

# Pedículo superior en mamoplastia de reducción. Descripción de una técnica quirúrgica. Estudio prospectivo a 6 años con 866 casos

*Upper pedicle in reduction mammoplasty. Description of a surgical technique. 6-year prospective study with 866 cases*

DARÍO SALAZAR SALAZAR\*, MD

**Palabras clave:** mamoplastia de reducción, pedículo superior, complejo areola pezón, necrosis, Thorek.  
**Key words:** reduction mammoplasty, upper pedicle, nipple areola complex, necrosis, Thorek.

## Resumen

La mamoplastia de reducción es un procedimiento de cirugía plástica que representa un reto cuando hay grandes distancias de la horquilla esternal al complejo areola-pezón, por la posibilidad de necrosis del mismo. Se han descrito múltiples técnicas y variaciones cuando esta distancia supera los 35 cm. Se hizo un estudio prospectivo longitudinal a 6 años con 433 pacientes (866 casos), en las que se realizó una técnica de pedículo superior con modificaciones específicas con el objetivo principal de evaluar el porcentaje de necrosis del complejo areola-pezón. Los criterios de inclusión fueron mujer, mayor de edad, cirugía primaria, bilateral, asimetrías en la posición del complejo areola-pezón menores a 3 cm, no colgajos de tipo ribeiro, misma técnica quirúrgica, mismo cirujano y adecuado diligenciamiento del instrumento de recolección de datos. Se presentaron 3 necrosis completas (0,34%) y 6 necrosis parciales (0,68%) en un amplio rango de edades y de distancias horquilla esternal-complejo areola-pezón. Se evidenció una seguridad de la técnica descrita con bajos porcentajes de necrosis, incluso menores a los reportados en otros estudios, lo cual plantea una opción de tratamiento adecuada y una alternativa a la mamoplastia tipo Thorek.

## Abstract

The reduction mammoplasty is a challenge plastic surgery technic when large distances exist between sternal notch and nipple areola complex because the possibility of necrosis. Exist some techniques and its variations when this distance is more than 35 cm. This is a 6 years longitudinal prospective study with 433 patients (866 cases) with a superior pedicle modified technique with the principal objective to evaluate the nipple areola complex necrosis. The inclusion criteria was woman, up to 18 years, no previous surgeries in the breast, bilateral surgery, less than 3 cm in nipple areola complex asymmetry, no use of ribeiro flaps, same surgical technic, same surgeon and adequate information in data collection instrument. The study report 3 full necrosis (0.34%) and 6 partial necrosis (0.68%) with some ages ranges and different distances between sternal notch and nipple areola complex. The reported surgical technique is safe with low necrosis percentages even less than other reported studies and is an adequate surgical option for Thorek mammoplasty.

## Introducción

La mamoplastia de reducción es un procedimiento de cirugía plástica reconstructiva y estética frecuente en la práctica diaria y es motivo de enseñanza obligatoria dentro de los programas de residencia médica en cirugía plástica; la técnica generalmente depende del grado de hipertrofia, la distancia entre la horquilla esternal y el complejo areola-pezón y la preferencia del cirujano.

Se han descrito múltiples técnicas para el manejo del complejo areola-pezón y cada una de estas representa un reto cuando de gigantomastias e hipertrofias severas se trata. Dentro estas técnicas las dos más comunes son las relacionadas con el pedículo superior y sus variaciones y las de pedículo inferior.

La necrosis del complejo areola-pezón es una complicación potencial temida y frustrante que afecta la parte

funcional, psicológica y estética. Si bien se puede prevenir con el conocimiento adecuado de la anatomía y una técnica quirúrgica correcta, hay factores que pueden desencadenar la necrosis del complejo areola-pezones hasta en las manos más expertas<sup>1</sup>.

Esta necrosis se presenta por múltiples factores dentro de los cuales tenemos el insuficiente riego arterial, la congestión venosa, comorbilidades como la diabetes, medicamentos como la cortisona, infecciones, enfermedades autoinmunes y sus medicamentos y el tabaco, entre otras<sup>2</sup>.

Enfocándose específicamente en las complicaciones vasculares, recomiendan evitar los pedículos largos, la torsión del pedículo o adelgazar el mismo<sup>1</sup>.

Existen diferentes textos y artículos que proponen algoritmos de manejo que relacionan la distancia horquilla esternal-complejo areola-pezones y el tamaño de la resección planeada con técnicas específicas, pero hay una zona gris en cuanto a las distancias superiores a 35 cm se refiere.

Como ya se ha publicado anteriormente, con trabajos de Manchot en 1889<sup>5</sup>, Marcus en 1934<sup>7</sup>, y otros, hay varias contribuciones sanguíneas arteriales en la glándula mamaria y en el complejo areola-pezones que forman una red vascular amplia; las han denominado como contribuciones mayores y menores, y dentro de las arterias contribuyentes están la mamaria interna o torácica interna, la torácica lateral, contribuciones de la tercera a la séptima arteria intercostal, entre otras, siendo la de mayor relevancia la contribución de la arteria mamaria interna o torácica interna<sup>3-7</sup>, y cada uno de estos pedículos vasculares arteriales van acompañados de una o dos venas concomitantes. Hay múltiples artículos que reportan grandes variaciones en este aporte vascular<sup>3</sup>, y esta es la razón por la cual la necrosis del complejo areola-pezones es poco frecuente, y para evitarlo se recomienda incluir la mayor cantidad de vasos posible<sup>1</sup>.

Blondeel *et al.* en 2003 dieron a conocer una incidencia del 7,5% para necrosis parcial y 2,1% para necrosis total usando pedículo central lateral, que lo denominan superodermal<sup>8</sup>. Cárdenas-Camarena *et al.* en 2001 informaron una necrosis de 5/213 (2,34%) con un pedículo superolateral dermoglandular en 213 senos<sup>15</sup>. Manderkas *et al.* en 1966 reportaron un 0,8% usando

un pedículo inferior en 371 pacientes<sup>6</sup>. Hay otros artículos que recopilan datos de varios estudios y refieren porcentajes de necrosis 7,3 en pedículos superiores, 2,3% en pedículos laterales y 0,8% en pedículos inferiores<sup>1</sup>. Y finalmente otros estudios reportan incidencias desde 0% hasta 13%<sup>2,8-15</sup>.

## Materiales y métodos

El propósito de este estudio es presentar una técnica quirúrgica de pedículo superior con modificaciones específicas con el objetivo de evaluar el porcentaje de necrosis total y parcial del complejo areola-pezones y plantear una alternativa terapéutica.

El estudio es prospectivo longitudinal a 6 años, desde 2016 hasta 2022, con 433 pacientes (866 casos) sometidas a mamoplastia de reducción bilateral con la misma técnica quirúrgica, en 4 instituciones acreditadas de la ciudad de Cali, Colombia. Los procedimientos fueron llevados a cabo en sala de cirugía, bajo anestesia, por el mismo cirujano.

El objetivo principal del estudio fue describir una técnica quirúrgica de pedículo superior para mamoplastia de reducción y medir el porcentaje de necrosis del complejo areola-pezones (parcial o total) presentado.

La necrosis del complejo areola-pezones fue definida como la ausencia de llenado capilar y cambios en la coloración y textura del mismo, evolucionando a acartonamiento de la piel.

Los criterios de inclusión fueron mujer, mayor de edad, cirugía primaria, bilateral, técnica realizada por el mismo cirujano, la misma técnica quirúrgica, asimetrías en la posición del complejo areola-pezones menores a 3 cm, no colgajos de tipo ribeiro, controles posoperatorios de al menos 3 meses, que se tuviera la evidencia de la descripción quirúrgica de la paciente y que se haya diligenciado correctamente y completamente el instrumento de recolección de datos diseñado para este estudio.

Los criterios de exclusión fueron antecedente de cirugía mamaria y cicatrices previas, casos unilaterales, asimetrías del complejo areola-pezones mayores a 3 cm, utilización de colgajos de tipo ribeiro y el no seguimiento de la paciente por parte del cirujano tratante.

Se diseñó un instrumento de recolección de datos que incluía nombre, número de identificación, edad, fecha de

la cirugía, distancia complejo areola-pezón, nueva posición del complejo areola-pezón, centímetros de ascenso del complejo, controles posoperatorios, presencia o ausencia necrosis parcial, presencia o ausencia de necrosis total. Se almacenó esta información en una base de datos en programa Excel para su posterior análisis y resultados.

Todas las pacientes cumplieron con los requisitos planteados en el instrumento de recolección de datos.

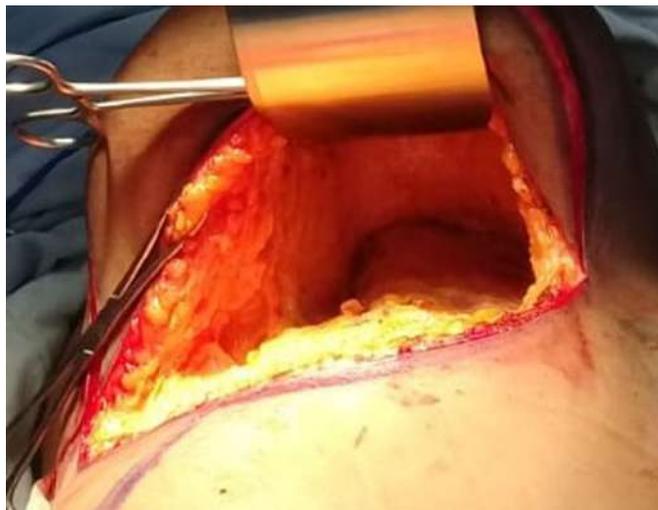
### *Descripción de la técnica quirúrgica*

1. Marcación en *t* invertida (figura 1).



**Figura 1.** Marcación clásica en *t* invertida con detalle de distancia prequirúrgica entre horquilla esternal y complejo areola-pezón y el nuevo sitio donde va a posicionarse. Los centímetros de ascenso resultan de restar la distancia prequirúrgica a la nueva distancia planteada.

2. Incisión en surco submamario, según marcación previa, hasta fascia de pectoral, respetándola.
3. Disección sobre este plano en túnel central hasta tercer espacio intercostal, respetando en límite lateral línea axilar anterior y en límite medial 2 cm desde línea medio-esternal (figura 2).
4. Incisión en marcación lateral y disección perpendicular hasta liberar segmento lateral de segmento central (figura 3).
5. Incisión en marcación medial y disección perpendicular hasta liberar segmento medial de segmento central (figura 4).



**Figura 2.** Disección sobre este plano en túnel central hasta tercer espacio intercostal respetando en límite lateral línea axilar anterior y en límite medial 2 cm desde línea medio esternal. La disección se realiza sobre la fascia del músculo pectoral mayor sin dejar tejido interpuesto entre la fascia y la disección.



**Figura 3.** Incisión en marcación lateral y disección perpendicular hasta liberar segmento lateral de segmento central.



**Figura 4.** Incisión en marcación medial y disección perpendicular hasta liberar segmento medial de segmento central.

6. Desepitelización de región periareolar (superior e inferior a complejo areola-pezones) hasta marcación 3 cm inferior a borde inferior de complejo areola-pezones (figura 5).



**Figura 5.** Desepitelización de región periareolar (superior e inferior a complejo areola-pezones) hasta marcación 3 cm inferior a borde inferior de complejo areola-pezones.

7. Disección perpendicular en marcación previa (punto 5) hasta 3 cm en nueva marcación (figura 6).



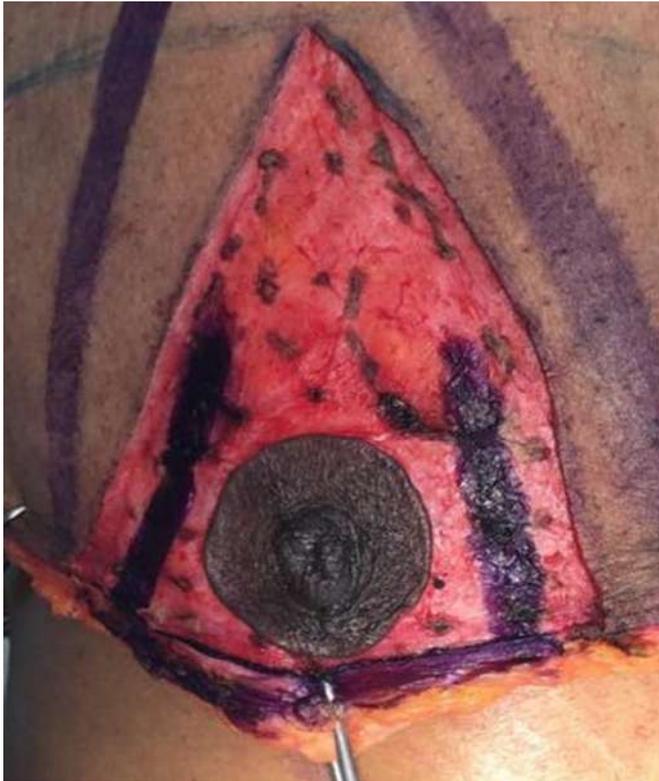
**Figura 6.** Disección perpendicular en marcación previa (punto 5) hasta 3 cm en nueva marcación donde se cambia el sentido de la disección para proceder a la resección del segmento central superior de la mama.

8. Disección (resección) de segmento central paralelo a superficie cutánea de polo superior respetando 3 cm de grosor del colgajo superior hasta límite cefálico de disección en tercer espacio intercostal -segmento central superior de la mama- (figura 7).



**Figura 7.** Disección (resección) de segmento central paralelo a superficie cutánea de polo superior respetando 3 cm de grosor del colgajo superior hasta límite cefálico de disección en tercer espacio intercostal (segmento central superior de la mama). Queda la resección de la glándula mamaria completada en forma de *t* invertida.

9. La resección final es una *t* invertida.  
10. Marcación en zona desepitelizada lateral y medial a complejo areola-pezones en polo superior de la mama, respetando 1 cm de dermis hasta remanente de piel (figura 8).



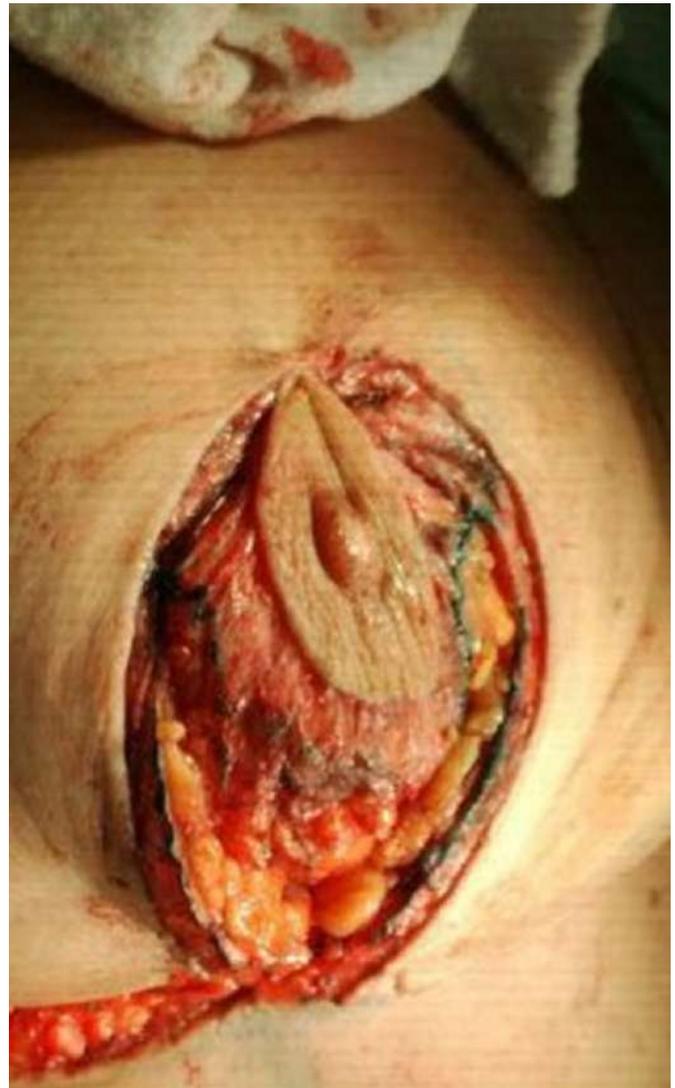
**Figura 8.** Marcación en zona desepitelizada lateral y medial a complejo areola-pezones en polo superior de la mama respetando 1 cm de dermis hasta remanente de piel.

11. Disección transfixiante perpendicular por marcación previa (punto 9) respetando 6 cm superiores de desepitelización en borde lateral y medial dejando colgajo dermoglandular rectangular de pedículo superior (figura 9).



**Figura 9.** Disección transfixiante perpendicular por marcación previa (figura 8) respetando 6 cm superiores de desepitelización en borde lateral y medial (triángulo), dejando colgajo dermoglandular rectangular de pedículo superior.

12. Colocación de punto en meridiano de las 12 entre complejo areola-pezones y nuevo sitio de colocación del mismo y sutura de segmentos laterales y mediales con segmento inferior -T- (figura 10).



**Figura 10.** Colocación de punto en meridiano de las 12 entre complejo areola-pezones y nuevo sitio de colocación del mismo. Anclaje de segmentos laterales y mediales con segmento inferior (T).

13. Cefalización de colgajo dermoglandular con complejo areola-pezones incluido con maniobra basculante hacia cefálico (figura 11).
14. Sutura de dermis remanente lateral y medial con vicryl 2.0 que correspondería a herida vertical de mamoplastia (figura 12).
15. Cierre por planos de todas las heridas.



**Figura 11.** Cefalización de colgajo dermoglandular con complejo areola-pezones incluido con maniobra basculante hacia cefálico, ubicándose en segmento central superior resecado (figura 7). No se hace maniobras de fijación de este segmento.



**Figura 12.** Sutura de dermis remanente lateral y medial con vicryl 2.0 que correspondería a herida vertical de mamoplastia.

## Resultados

Se realizó cirugía de mamoplastia de reducción en 433 pacientes, lo que conlleva que la misma técnica haya sido realizada en 866 complejos areola-pezones (casos).

La paciente de menor edad fue de 18 años y la mayor de 69 años; los intervalos de edad fueron de 18 a 25, 26 a 35, 36 a 45, 46 a 55, 56 a 65, y más de 66 años con porcentajes de 19,86, 26,09, 29,33, 16,39, 7,3 y 0,92%, respectivamente (tabla 1).

Las distancias de la horquilla esternal al complejo areola-pezones se midieron con una cinta métrica, siempre por el mismo cirujano, desde la horquilla esternal hasta el punto central del pezón a ambos lados. La menor distancia encontrada fue de 28 cm y la mayor de 50 cm; los intervalos fueron de 27 a 30 cm, 31 a 34 cm, 35 a 38 cm, 39 a 42 cm, 43 a 46 cm y 47 y más, encontrándose porcentajes de 3,23, 28,86, 57,5, 9,9, 0,23 y 0,23%, respectivamente (tabla 2).

**Tabla 1.** Edades de las pacientes

Intervalos	18-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66 y más
Número	86	113	127	71	32	4
Porcentaje	19,86	26,09	29,33	16,39	7,3	0,92

**Tabla 2.** Distancias horquilla esternal-complejo areola-pezones

Intervalos	27-30	31-34	35-38	39-42	43-46	47 y más
Número	14	125	249	43	1	1
Porcentaje	3,23	28,86	57,5	9,9	0,23	0,23

Los centímetros de ascenso del complejo areola-pe-zón resultan de restar la distancia prequirúrgica a la nueva distancia planteada. En todas las pacientes la distancia nueva planteada fue de 20 cm.

Todas las pacientes asistieron a control posoperatorio iniciando desde los 8 días hasta los 3 meses, con anotación en el instrumento de recolección de datos a los 8 días, 15 días, un mes y 3 meses.

Se encontraron 3 casos de necrosis total del complejo areola-pe-zón (0,34%), una paciente unilateral y una paciente bilateral: la necrosis unilateral con distancia horquilla esternal-complejo areola-pe-zón de 50 cm y la necrosis bilateral con distancia de 40 cm en cada lado. Se encontraron 6 casos de necrosis parcial (0,68%); todos los casos unilaterales. Estas necrosis se presentaron en 2 pacientes en el intervalo entre 31 y 34 cm y 4 pacientes en el intervalo entre 35 y 38 centímetros (tabla 3).

**Tabla 3.** Porcentajes de necrosis de complejo areola-pe-zón

Casos	Número	Porcentaje
Total	866	100
Necrosis total	3	0,34
Necrosis parcial	6	0.68

Se muestra un caso representativo de la técnica en una paciente (figuras 13 y 14).

### Discusión

Como se mencionó previamente, la mamoplastia de reducción es un procedimiento de cirugía plástica reconstructiva y estética frecuente en la práctica diaria y es motivo de enseñanza obligatoria dentro de los programas de residencia médica en cirugía plástica. La técnica generalmente depende el grado de hipertrofia, la distancia entre la horquilla esternal y el complejo areola-pe-zón, y de la preferencia del cirujano. Para llevar a cabo esta cirugía, se han descrito múltiples técnicas específicas para el manejo del complejo areola-pe-zón y cada una de estas representa un reto cuando de gigantomastias e hipertrofias severas se trata. Las dos técnicas más mencionadas y utilizadas son las de pedículo superior y pedículo inferior, y para cada una se han descrito modificaciones.



**Figura 13.** Caso clínico representativo. Preoperatorio. Distancia horquilla esternal-complejo areola-pe-zón de 44 cm en el lado derecho y 45 cm en el lado izquierdo. Nueva posición de complejo areola-pe-zón a 20 cm, lo cual implica un ascenso de 24 cm en el lado derecho y 25 cm en el lado izquierdo.



**Figura 14.** Caso clínico representativo. Posoperatorio a 15 días del caso ilustrado anteriormente. Se observa vitalidad de complejo areola-pe-zón bilateral.

La necrosis del complejo areola-pe-zón es una complicación potencial que afecta la parte funcional, psicología y estética. Si bien se puede prevenir con el conocimiento adecuado de la anatomía y una técnica quirúrgica correcta, hay factores que pueden desencadenar en la necrosis del complejo areola-pe-zón hasta en las manos más expertas<sup>1</sup>.

Este es un estudio prospectivo a 6 años con 433 pacientes y 866 casos consecutivos: muestra un pedículo superior con variaciones específicas en cuanto a la disección de la glándula mamaria, y resección del segmento lateral, medial y central superior (con lo cual se da un espacio adecuado para la cefalización del segmento dermoglandular con el complejo areola-pezones y permite hacer una resección mayor de la glándula mamaria); un pedículo superior dermoglandular de forma rectangular, y una forma específica de rotación y cefalización del complejo areola-pezones. Se diseñó una técnica detallada y organizada con el único objetivo de evaluar la viabilidad del complejo areola-pezones.

Para el estudio específico de las distancias de la horquilla esternal al complejo areola-pezones se diseñaron intervalos desde la distancia menor a la distancia mayor cada una con números precisos de casos y sus respectivos porcentajes, evaluando así la tasa de necrosis en cada grupo; también se da un detalle específico de las distancias de ascenso del complejo areola-pezones desde su posición inicial hasta su nueva posición en un sitio determinado previamente.

Este estudio realizado tiene un gran número de casos y una técnica detallada paso a paso que pocos estudios en la literatura reportan; brinda una alternativa de tratamiento para mamoplastias de reducción cuando las distancias horquilla esternal-complejo areola-pezones superan los 35 cm y un gran número de los cirujanos y programas de formación en cirugía plástica solo considerarían la técnica de pedículo inferior o la técnica de mamoplastia tipo Thorek. También reporta un porcentaje menor de necrosis comparado con estudios mencionados previamente, lo cual es académicamente valioso y puede llevar a redescubrir el pedículo superior para mamoplastia de reducción.

## Conclusiones

Los resultados obtenidos en el presente trabajo (866 casos consecutivos) demuestran que la técnica de

pedículo superior expuesta para mamoplastia de reducción es segura, confiable y reproducible, con unas tasas muy bajas de necrosis parcial y total del complejo areola-pezones (incluso menores que las reportadas en múltiples estudios, artículos y textos); se puede utilizar en distancias superiores a 35 cm en un amplio rango de edades, y es una alternativa a la técnica de Thorek.

## Referencias

1. van Deventer PV, Page BJ, Graewe FR. The safety of pedicles in breast reduction and mastopexy procedures. *Aesthetic Plast Surg.* 2008 Mar;32(2):307-12.
2. O'dey DM, Prescher A, Pallua N. Vascular reliability of nipple-areola complex-bearing pedicles: an anatomical microdissection study. *Plast Reconstr Surg.* 2007 Apr;119(4):1167-77.
3. van Deventer PV. The blood supply to the nipple-areola complex of the human mammary gland. *Aesthetic Plast Surg.* 2004 Nov-Dec;28(6):393-8.
4. Maliniac JW. Arterial blood supply of the breast: revised anatomic data relating to reconstructive surgery. *Arch Surg.* 1943;47(4):329-43.
5. Manchot C. *Die Hautarterien des menschlichen Körpers.* Verlag von FCW, 1889; Vogel: Leipzig.
6. Manderkas AD, Zambacos GJ, Anastasopoulos A, Hapsas DA. Reduction mammoplasty with the inferior pedicle technique: early and late complications in 371 patients. *Br J Plast Surg.* 1996;49(7):442-6.
7. Marcus GH. Untersuchungen über die arterielle Blutversorgung der Mamilla. *Arch Klin Chir.* 1934;179:361-9.
8. Blondeel PN, Hamdi M, Van de Sijpe KA, Van Landuyt, Thiessen FE, Monstrey SJ. The latero-central glandular pedicle technique for breast reduction. *Br J Plast Surg.* 2003 Jun;56(4):348-59.
9. Cunningham BL, Gear AJ, Kerrigan CL, Collins ED. Analysis of breast reduction complications derived from the BRAVO study. *Plast Reconstr Surg.* 2005 May;115(6):1597-604.
10. Kreithen J, Caffee H, Rosenberg J, Chin G, Clayman M, Lawson M, Seagle MB. A comparison of the LeFour and Wise pattern methods of breast reduction. *Ann Plast Surg.* 2005 Mar;54(3):236-41.
11. O'Grady KF, Thoma A, Dal Cin A. A comparison of complication rates in large and small inferior pedicle reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2005 Mar;115(3):736-42.
12. Nahabedian MY, McGibbon BM, Manson PN. Medial pedicle reduction mammoplasty for severe mammary hypertrophy. *Plast Reconstr Surg.* 2000 Mar;105(3):896-904.
13. Strauch B, Elkowitz M, Baum T, Herman C. Superolateral pedicle for breast surgery: an operation for all reasons. *Plast Reconstr Surg.* 2005 Apr 15;115(5):1269-77.
14. Berthe JV, Massaut J, Greuse M, Coessens B, De Mey A. The vertical mammoplasty: a reappraisal of the technique and its complications. *Plast Reconstr Surg.* 2003 Jun;111(7):2192-9.
15. Cárdenas-Camarena L, Vergara R. Reduction mammoplasty with superior-lateral dermoglandular pedicle: another alternative. *Plast Reconstr Surg.* 2001 Mar;107(3):693-9.

## Datos de contacto del autor

Darío Salazar, MD  
Correo electrónico: dasalazarsalazar@hotmail.com

# Recidiva de gigantomastia juvenil secundaria a hipertrofia virginal: reporte de un caso

## *Recurrence of juvenile gigantomastia secondary to virginal mammary hypertrophy: a case report*

J. N. DOMÍNGUEZ CHÁVEZ-CAMACHO\*, MD; R. DÍEZ GONZÁLEZ\*\*, MD;  
A. R. BLAZ ZAVALA\*\*\*, MD

**Palabras clave:** gigantomastia, cirugía reconstructiva de mama, recurrencia, mamoplastia, mastectomía.

**Key words:** gigantomastia, mammary gland surgical reconstruction, recurrence, mammoplasty, mastectomy.

### Resumen

La gigantomastia juvenil (GJ) secundaria a hipertrofia virginal mamaria es una afección médica benigna poco frecuente que se presenta en adolescentes, principalmente durante la pubertad. Consiste en el crecimiento excesivo unilateral o bilateral de las mamas, provocando disfuncionalidad física y psicológica.

No hay un algoritmo de manejo establecido; las opciones de tratamiento se basan en los reportes de caso publicados, e incluyen principalmente mastectomía subcutánea, mamoplastia de reducción y tratamiento médico con tamoxifeno.

En este artículo se presenta el caso del manejo quirúrgico recidivante en una paciente prepúber de 12 años sin menarca, que cursa con un cuadro clínico sugestivo de hipertrofia virginal mamaria. Es evaluada de manera multidisciplinaria por nuestro equipo de cirugía plástica y reconstructiva, junto con cirugía oncológica, endocrinología, ginecología y pediatría. Se decide manejo quirúrgico inicial con abordaje a través de mamoplastia de reducción de pedículo superior, obteniendo resultados satisfactorios temporales. A los 3 meses, desarrolla nuevamente crecimiento mamario excesivo, llegando a volúmenes del 80% del volumen preoperatorio, por lo que se decide reintervención quirúrgica a través de mastectomía bilateral subcutánea conservadora de piel y pezón con reconstrucción inmediata con implantes mamarios como tratamiento definitivo.

### Abstract

Virginal mammary hypertrophy is a non-frequent benign medical affection, seen in teenagers, mainly during puberty. It consists on excessive bilateral or unilateral mammary growth, provoking physical and psychological dysfunctionality.

Actually, there is no established algorithm for treatment, and the options available are based on published case reports. These options mainly include subcutaneous mastectomy, reduction mammoplasty and medical treatment with tamoxifen.

In this article we present the case of a prepubescent 12-year-old patient, who hasn't reached menarche yet. She presents excessive mammary growth suggestive of virginal mammary hypertrophy. She is addressed by a multidisciplinary group including oncologic surgeon, endocrinologist, gynecologist and aesthetic and reconstructive plastic surgeon. We decide to carry out surgical management, by performing a reduction mammoplasty with superior pedicle, obtaining satisfactory temporary results. 3 months later, she presents new mammary growth, reaching 80% of the preoperative volume. We decide surgical reintervention, carrying out a subcutaneous bilateral skin and nipple-sparing mastectomy, with immediate implant reconstruction as definitive treatment.

## Introducción

El desarrollo mamario durante la adolescencia es un factor importante en la transición hacia la etapa adulta<sup>1</sup>.

El crecimiento excesivo mamario en adolescentes fue descrito por primera vez en 1910 por Henry Albert, quien

nombra a esta patología como hipertrofia juvenil o hipertrofia virginal mamaria<sup>2</sup>.

Se trata de un padecimiento raro, benigno y esporádico que afecta a adolescentes, principalmente durante la pubertad.

Recibido para publicación: 10 de junio de 2022

Revisado: 14 de abril de 2023

\* Cirujano plástico y reconstructivo. Hospital San Ángel Inn, Avenida Patriotismo 67, San Juan, Benito Juárez, 03730, Ciudad de México.

\*\* Residente de segundo año, Cirugía General, Hospital San Ángel Inn, Avenida Patriotismo 67, San Juan, Benito Juárez, 03730, Ciudad de México.

\*\*\* Residente de tercer año, Cirugía General, Hospital San Ángel Inn, Avenida Patriotismo 67, San Juan, Benito Juárez, 03730, Ciudad de México.  
Hospital San Ángel Inn, Avenida Patriotismo 67, San Juan, Benito Juárez, 03730, Ciudad de México.

# Resección de lipoma en región escapular mediante lipoaspiración en paciente pediátrico: reporte de caso

## *Lipoma resection in a pediatric patient over the scapular region by liposuction: case report*

G. MONTEALEGRE\*, MD; J. HERRERA\*\*, MD; S. MORENO\*\*\*, MD

**Palabras clave:** lipomas, liposucción, procedimientos mínimamente invasivos.

**Key words:** lipomas, liposuction, minimally invasive procedures.

### Resumen

Los lipomas se caracterizan por ser una masa subcutánea no dolorosa que en ocasiones compromete tejidos profundos; su origen es mesenquimal. El manejo de esta patología es eminentemente quirúrgico con fines estéticos y resolutivos de síntomas secundarios a su efecto de masa. Aunque la cirugía abierta es el tratamiento más utilizado, se ha planteado la posibilidad del uso de la lipoaspiración, la cual ofrece mayor resultado estético y mejora el tiempo quirúrgico. En el siguiente artículo se busca realizar el reporte de caso de la resección de un lipoma en nivel escapular izquierdo por medio de lipoaspiración en una paciente de 11 años, evidenciando que la lipoaspiración permite un abordaje mínimamente invasivo, disminuye el tamaño de la cicatriz posoperatoria y ofrece un menor riesgo de complicaciones.

### Abstract

Lipomas are characterized by being a painless subcutaneous mass that sometimes involves deep tissues, its origin is mesenchymal. The management of this pathology is eminently surgical for aesthetic and symptom resolution produced by its mass effect. Although open surgery is the most used treatment, however, the possibility of using liposuction has been raised, which offers greater aesthetic results and improves surgical time. The following article seeks to carry out the resection of a lipoma at the left scapular level by liposuction case report in an eleven years old patient. In this way we conclude that liposuction gives the possibility of a minimally invasive approach, scar size reduction and lower risk of complications.

## Introducción

Los lipomas son los tumores benignos más frecuentes de origen mesenquimal<sup>1</sup>. Clínicamente se caracterizan por ser una masa subcutánea no dolorosa, redonda a ovalada y móvil; en algunos casos esta masa compromete tejidos profundos, generando compresión o deformación de áreas u órganos vecinos<sup>2,3</sup>. De esta forma, su sintomatología está dada por el efecto de masa que genera. Se puede ver en algunos casos la relación con la herencia genética<sup>3</sup>, pues se asocia la aparición de múltiples lipomas a varios síndromes.

Los lipomas tienen una incidencia de aproximadamente 1 por cada 1000 personas, siendo los lipomas únicos más frecuentes en mujeres mientras que los múltiples son

más frecuentes en los hombres<sup>4</sup>. Clínicamente, se presentan con mayor frecuencia en las porciones más cefálicas del cuerpo como lo son la cabeza y el cuello, los hombros y la región dorsal. Sin embargo, su presentación puede darse en cualquier parte de la economía corporal<sup>5</sup>.

Desde el punto de vista macroscópico el lipoma característico es una tumoración de límites precisos con una cápsula delgada y blanda, compuesto de tejido adiposo que puede estar o no estar tabicado<sup>3</sup>. El análisis microscópico revela la presencia de adipocitos maduros alargados con un núcleo uniforme usualmente rodeados

Recibido para publicación: 11 de abril de 2023

Revisado: 13 de julio de 2023

\* Cirujano plástico, Universidad Nacional de Colombia, Microcirujano. Fundación Hospital de la Misericordia.

\*\* Residente de segundo año, cirugía plástica, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Fundación Hospital de la Misericordia.

\*\*\* Médico interno, Universidad Nacional de Colombia. Fundación Hospital de la Misericordia.

de una cápsula fibrosa. Con respecto a sus variaciones podemos encontrar múltiples tipos como son el angiomiolipoma, consistente en racimos de vasos de paredes delgadas rodeadas de células fusiformes fibroblásticas alargadas, o también el hibernoma, compuesto por células semejantes a la grasa fetal<sup>2,3,6</sup>. Aproximadamente el 1% de estas masas son malignas<sup>7</sup>.

El manejo de esta patología es eminentemente quirúrgico, con indicaciones desde fines estéticos hasta sintomatológicos; así, la cirugía abierta es el tratamiento más utilizado<sup>2,3,6,8</sup>. Se tiene una tasa de recurrencia entre el 1 y el 2%<sup>9</sup>. Otras alternativas terapéuticas incluyen la lipoaspiración, la resección endoscópica y la extirpación con láser<sup>2,6</sup>.

La lipoaspiración es una opción beneficiosa en lipomas de tamaño intermedio (4-10 cm) o gran tamaño (>10 cm); esto debido a que puede disminuir el tiempo quirúrgico, ofrece un mejor resultado estético y reduce el riesgo de formación de seroma y hematoma posoperatorio<sup>2</sup>.

A continuación, se hace el reporte de caso de una resección de lipoma en región escapular izquierda logrando una resección completa de la lesión con un resultado cosmético favorable.

### Caso clínico

Se trata de una paciente de 11 años de edad con cuadro clínico de un año de evolución consistente en aparición de masa a nivel de la región escapular izquierda, la cual se asociaba a disconfort, dolor ocasional y crecimiento (figura 1). Contaba con reporte de ecografía que evidenciaba la presencia de masa compatible con lipoma.



Figura 1. Preoperatorio.

Se programó la paciente para resección de la lesión dada la sintomatología anteriormente mencionada. El día del procedimiento se decidió que la paciente se beneficiaría de un abordaje mínimamente invasivo, realizando la resección de la lesión mediante lipoaspiración. Esto debido al compromiso de una región con una alta tasa de cicatrización anormal como lo son las cicatrices hipertróficas y queloides, así como el tamaño de la lesión que por la vía abierta condiciona una herida de gran tamaño.

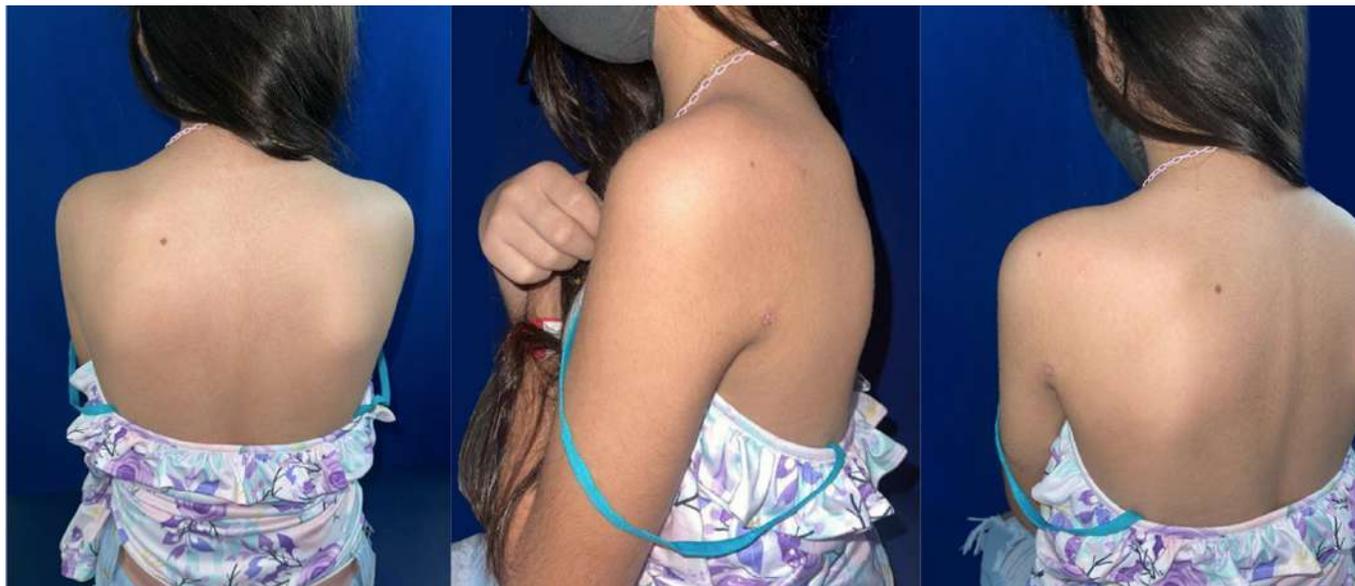
En salas de cirugía, bajo anestesia general, se realiza incisión con bisturí frío en línea axilar posterior izquierda infiltrando 300 centímetros cúbicos de solución salina al 0,9% con epinefrina. Pasados 10 minutos se procedió mediante el uso de cánulas de succión de 3 mm a realizar la lipoaspiración de la lesión, drenando aproximadamente 30 centímetros cúbicos de contenido graso. Se aseguró la hemostasia y se realizó cierre de herida con monocryl 4/0, finalizando el procedimiento sin complicaciones.

La paciente asiste a control a las 3 semanas de realizado el procedimiento, con evolución clínica favorable, sin presencia de complicaciones posoperatorias y con dolor modulado. Al examen físico se evidencia herida quirúrgica en línea axilar posterior izquierda en adecuado proceso de cicatrización y una resección total de la masa, logrando un resultado estético y funcional favorable (figura 2). El reporte de la patología revela lesión compatible con lipoma (figura 3).

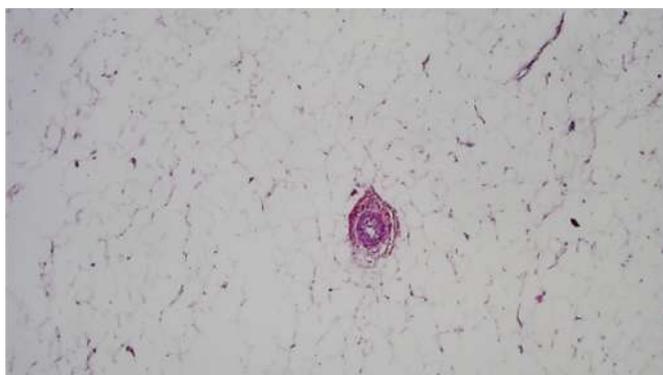
### Discusión

Los lipomas son los tumores benignos mesenquimales que se muestran de manera más frecuente, teniendo una presentación universal en el cuerpo humano. Los lipomas, en especial los de la región escapular y el hombro, usualmente cursan con un crecimiento elevado y una gran posibilidad de cicatrización anormal dado que se encuentran en áreas de tensión que condicionan la aparición de cicatrices ensanchadas y, en algunos casos, cicatrices hipertróficas y queloides.

La lipoaspiración de este tipo de lesiones ofrece la posibilidad de un abordaje mínimamente invasivo, en especial en lesiones de moderado a gran tamaño, logrando la disminución del tamaño de la cicatriz y de la



**Figura 2.** Microscopía óptica. Hematoilina y eosina (4x). Lipoma conformado en su totalidad por adipocitos maduros de tamaños variables con núcleos aplanados hacia la periferia sin atipia y que se acompañan de vasos de tamaños variables. No se evidencian lipoblastos.



**Figura 3.** Posoperatorio.

posibilidad de complicaciones posoperatorias inmediatas y tardías; además de la obtención de un resultado estético más favorable.

Las objeciones frente al uso de esta técnica quirúrgica se encuentran principalmente relacionadas con el riesgo de realizar la exéresis de una masa de características malignas. Sin embargo, no se ha logrado demostrar en la literatura que mediante un diagnóstico clínico, imagenológico e histopatológico prequirúrgico se aumenten los riesgos de resear una lesión cancerígena frente a la realización de una cirugía abierta<sup>2,3</sup>.

Adicionalmente se ha temido que el proceso mecánico de la lipoaspiración genere la lisis celular, con lo cual

limitaría determinar la etiología de la masa. Sin embargo, se ha demostrado que la lipoaspiración no genera ningún cambio celular en los adipocitos que limite un adecuado y correcto diagnóstico anatomopatológico<sup>2,3,6,10</sup>.

Finalmente, no se ha logrado demostrar que exista una mayor probabilidad de recidiva de estas lesiones en comparación con el manejo quirúrgico abierto si se realiza una lipoaspiración adecuada, así como una resección total de la cápsula<sup>2,8</sup>.

## Conclusión

Se presentó el caso de esta paciente en edad pediátrica, en quien se lograron las metas de tratamiento al resear completamente la lesión, brindando un abordaje mínimamente invasivo, fácilmente ocultable y con un resultado estético favorable. En esta forma se evidencia que este abordaje podría ser superior al abordaje abierto en términos de complicaciones posoperatorias y resultados estéticos, disminuyendo costos a nuestro sistema de salud.

## Agradecimientos

Se da especial agradecimiento a la Dra. Natalia Olaya y al servicio de patología del HOMI por brindar el material fotográfico patológico de la paciente.

## Referencias

1. Huczak L, Driban NE. Lipoma y lipomatosis. *Rev Argent Dermatol*. 2007; 88:56-66.
2. Copeland-Halperin LR, Pimpinella V, Copeland M. Combined liposuction and excision of lipomas: long-term evaluation of a large sample of patients. *Plast Surg Int [Internet]*. 2015;2015:625396. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/625396>
3. Llamil KK. Lipomas: extirpación por lipoaspiración tumescente. *Rev Chil Cir*. 2002 (diciembre);54(6):681-5.
4. Orlandi JC, Bustos OF, Mujica RM, Fernández ZC, Díaz RE, Loubies MR. Caracterización epidemiológica de los lipomas subcutáneos. *Rev Chil Dermatol [Internet]*. 2010 [citado el 12 de noviembre de 2022];30-4. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-57036>
5. Ahmad C, Chaudhary Ehtsham A, Talel B. Lipoma Pathology. En: *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing; 2021.
6. Peev I, Spasevska L, Mirchevska E, Tudzarova-Gjorgova S. Liposuction assisted lipoma removal - option or alternative? *Open Access Maced J Med Sci [Internet]*. 2017;5(6):766-70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3889/oamjms.2017.186>
7. Johnson CN, Ha AS, Chen E, Davidson D. Lipomatous soft-tissue tumors. *J Am Acad Orthop Surg [Internet]*. 2018;26(22):779-88. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5435/JAAOS-D-17-00045>
8. Choi CW, Kim BJ, Moon SE, Youn SW, Park KC, Huh CH. Treatment of lipomas assisted with tumescent liposuction. *J Eur Acad Dermatol Venereol [Internet]*. 2007;21(2):243-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-3083.2006.02037.x>
9. Dalal KM, Antonescu CR, Singer S. Diagnosis and management of lipomatous tumors. *J Surg Oncol [Internet]*. 2008;97(4):298-313. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/jso.20975>
10. Campbell GL, Laudenslager N, Newman J. The effect of mechanical stress on adipocyte morphology and metabolism. *Am J Cosmet Surg [Internet]*. 1987;4(2):89-94. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/074880688700400202>

## Datos de contacto del autor

J. Herrera, MD  
Correo electrónico: [jherrera@fucsalud.edu.co](mailto:jherrera@fucsalud.edu.co)

Existen diferentes términos que describen esta entidad en la literatura médica, como son hipertrofia virginal, gigantomastia juvenil (GJ) o macromastia juvenil<sup>3</sup>.

Dentro de la patología mamaria infantil juvenil, la hipertrofia virginal mamaria representa el 12,5% de todas las enfermedades mamarias en adolescentes, mientras que la gigantomastia tiene una prevalencia de una en 25.000 mujeres y afecta únicamente a 3,5 por cada 1000 adolescentes<sup>3</sup>.

La etiología es desconocida; sin embargo, al tratarse de pacientes sin comorbilidades, con niveles hormonales normales, se cree que se trata de hipersensibilidad del tejido mamario al estrógeno, de lo cual resulta un crecimiento mamario difuso<sup>4</sup>.

Bajo esta hipótesis hormonal, está justificado el uso de medicamentos como tamoxifeno, danazol o bromocriptina; sin embargo, la seguridad y la eficacia a corto y largo plazo son desconocidas<sup>5,6</sup>. Por esta razón, el tratamiento más recomendado en la mayoría de los casos es mamoplastia de reducción, siendo esta la opción con menores tasas de recurrencia<sup>3</sup>.

El aspecto más desafiante en el manejo de la GJ o hipertrofia mamaria juvenil es la efectividad del manejo definitivo, ya que su desafiante historia natural y su naturaleza refractaria a la cirugía está bien documentada<sup>7</sup>.

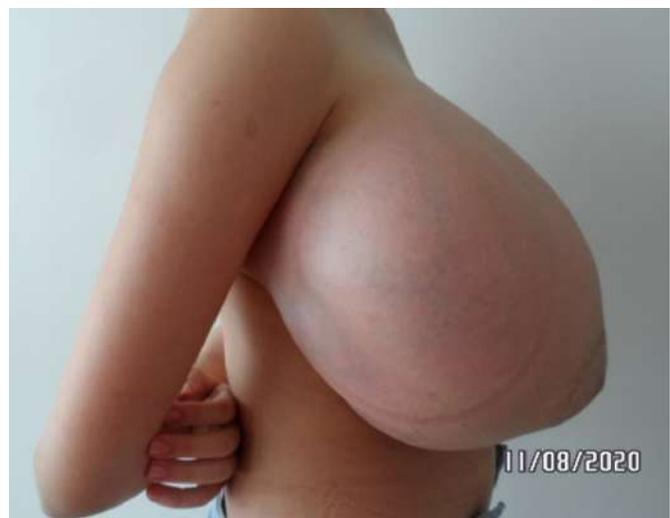
Nosotros reportamos el caso de una niña de 12 años, con hipertrofia mamaria juvenil bilateral de grandes dimensiones, la cual fue recidivante al manejo quirúrgico inicial.

### Caso

Paciente femenino de 12 años, quien acude por presentar GJ con crecimiento mamario bilateral masivo y progresivo, de 6 meses de evolución. Figuras 1 a 3.

Presenta manifestaciones locales por sobrepeso mamario como mastodinia; además de sintomatología agregada como cervicalgia y lumbalgia severa. Todo esto limita sus relaciones interpersonales, causando distanciamiento social.

Como único antecedente de importancia presenta pubarquia a los 11 años de edad, sin menarca. Ningún otro antecedente de relevancia para el padecimiento, y no toma medicamentos de manera habitual.



Fotos 1, 2, 3. Femenino de 11 años, 11.08.2020 preoperatoria.

En la exploración física se encuentra paciente ectomórfica con peso de 45,7 kg, estatura de 1,52 m y un IMC de 19,8 kg/m<sup>2</sup>. La medida de la distancia de la horquilla al pezón bilateral es de 32 y 33 cm; distancia del pezón al surco inframamario es de 15 cm.

Mamas desproporcionadamente grandes, asimétricas, con ptosis grado 4, areolas expandidas, venas subcutáneas dilatadas, eritema difuso, consistencia dura y firme, sin masas palpables, sin secreciones por pezón ni adenopatías axilares.

Hormona luteinizante, foliculoestimulante, prolactina, pruebas de función tiroidea y cortisol dentro de parámetros normales.

Resultado de ultrasonido mamario sin masas, únicamente edema intersticial.

Realizamos una cirugía de mamoplastia de reducción bilateral de pedículo superomedial, con una resección mamaria total de 6167 g: 2906 g de tejido mamario derecho y 3261 g de tejido mamario izquierdo, integrando esta resección al equivalente del 13,3% de su peso corporal total. Figuras 4 a 7.

El dictamen anatomopatológico reportó proliferación difusa del estroma mamario con abundantes depósitos de colágena, infiltrado de linfocitos, células cebadas y eritrocitos extravasados. Se identifican vasos capilares y conductos dilatados, con disminución del tejido adiposo mamario y del componente epitelial. Sin datos morfológicos de malignidad, confirmando sospecha diagnóstica de hipertrofia virginal mamaria.

Su evolución posoperatoria fue caracterizada por presentar crecimiento mamario progresivo, llegando a la gigantomastia en tan solo 3 meses después de la cirugía de reducción mamaria previa. Por esto se decide reintervención quirúrgica, realizando una mastectomía subcutánea bilateral, con reconstrucción mamaria inmediata con implantes mamarios subpectorales, y la utilización de un colgajo dermograso para soporte y cobertura de los implantes mamarios en el polo inferior mamario.

En esta segunda cirugía de mastectomía se resecó del lado derecho 2910 g y del lado izquierdo 2530 g, lo que equivale a un crecimiento del 90 y 70% con respecto al volumen preoperatorio inicial previo a las cirugías, a pesar de haber realizado una primera reducción mamaria. Figuras 8 a 10.

## Discusión

La GJ también es conocida como hipertrofia virginal mamaria, hipertrofia juvenil o macromastia juvenil.

Las manifestaciones clínicas incluyen un crecimiento súbito y continuo del tejido mamario, usualmente acompañando al inicio de la pubertad. Suele haber un periodo de 6 meses de crecimiento extremo, seguido por un periodo más lento pero sostenido<sup>8,9</sup>.

La definición de gigantomastia varía dependiendo del autor: crecimiento excesivo que representa el 3% o más del peso total de la paciente o más de 1500 centímetros cúbicos de volumen<sup>4,3</sup>.

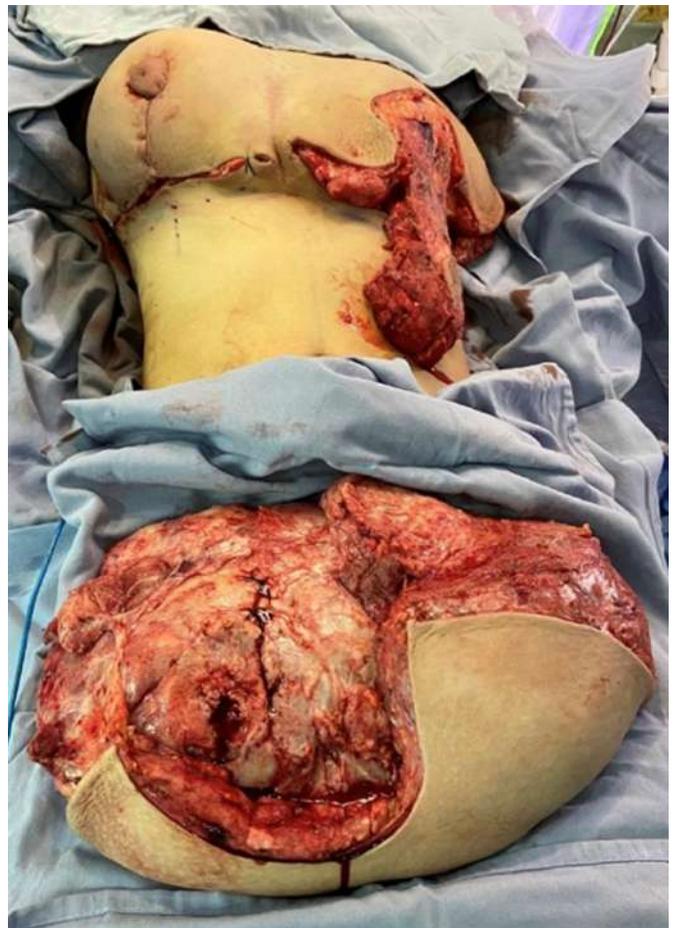
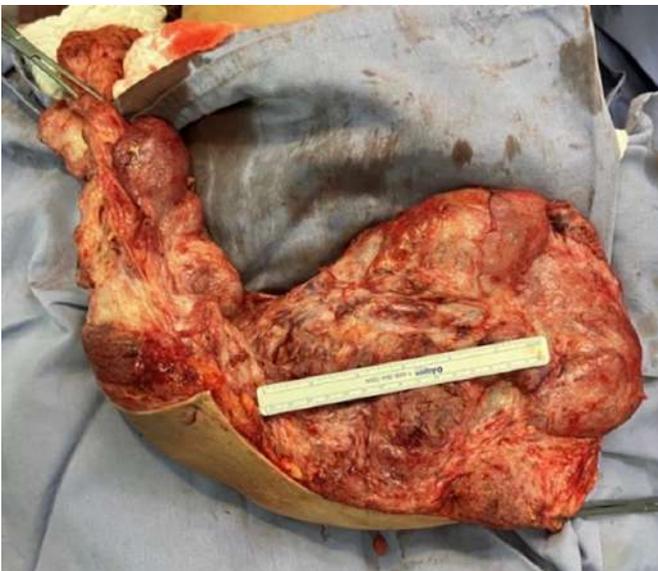
Provoca disfuncionalidad física, dolor postural, desviación en la columna y alteraciones dérmicas, principalmente hiperemia, piel de naranja e incluso necrosis. Se puede observar dilatación de venas subcutáneas e intertrigo en pliegues inframamarios; con un impacto en el desarrollo psicosocial de la paciente, también se pueden presentar desórdenes alimenticios, distanciamiento social, inhabilidad para realizar actividad física, inconformidad estética con distorsión de imagen corporal y alteraciones en la conducta habitual<sup>10,11</sup>.

La GJ es un diagnóstico de exclusión, y, durante el abordaje de la paciente, es de vital importancia descartar todos los diagnósticos diferenciales, que incluyen: hipertrofia mamaria secundaria a uso de medicamentos, pseudogigantomastia asociada a obesidad, tumores fibroepiteliales (fibroadenoma mamario, tumor filodes), enfermedad fibroquística, endocrinopatías, hipertrofia asociada al embarazo, infección, tumores de origen benigno (hemangiomas y linfangiomas) y tumores de origen maligno (linfoma, sarcoma). El diagnóstico definitivo se obtiene con el estudio anatomopatológico<sup>2</sup>.

El tratamiento más recomendado es la resección quirúrgica, pues la GJ constituye una indicación absoluta para un procedimiento de reducción o resección mamaria en su totalidad<sup>12</sup>.

Otras alternativas a considerar son la reducción con pedículo superior, pedículo inferior, bipediculados e injertos libres de pezón<sup>13</sup>.

La otra opción quirúrgica, utilizada en menor proporción, como fue en este caso, es la mastectomía subcutánea, con reconstrucción a base de prótesis. Normalmente, se reserva para casos con sospecha de



Fotos 4, 5, 6, 7. Manejo quirúrgico con mamoplastia de reducción de pedículo superomedial. Resección derecha de 2906 gramos. Resección izquierda de 3261 gramos.



Fotos 8, 9, 10. Recurrencia 4 meses posteriores a mamoplastia de reducción.

malignidad y recurrencias, por tratarse de un manejo con resultados estéticos menos satisfactorios que la mamoplastia de reducción<sup>7</sup>.

Pacientes como la del caso presentado, cuya recidiva alcanzó un 70 a 90% del volumen inicial, deben ser tratadas con una cirugía radical. En este caso, mastectomía subcutánea y reconstrucción con implantes mamarios bilaterales; con el objetivo de reducir al mínimo el tejido mamario residual y obtener un resultado favorable para la salud y la estética.

La técnica quirúrgica de mastectomía subcutánea cuenta con la menor tasa de recurrencia, y asegura un resultado final fiable y definitivo. Actualmente, la paciente permanece en seguimiento, cursando 2 años de evolución sin crecimiento mamario recidivante, y muy satisfecha con su resultado. Figuras 11 y 12.



Fotos 11 y 12. Dos años después de mastectomía bilateral.

Queda claro que, de ser necesario, y sobre todo al obtener la paciente una mayor edad física y mental, se podrán considerar posteriores cirugías mamarias con fines estéticos.

## Conclusión

Cualquier caso de GJ amerita un manejo multidisciplinario, involucrando especialidades como endocrinología, psicología, pediatría y cirugía plástica y reconstructiva. Esto con el fin de diseñar un plan de tratamiento completo, descartar las posibles etiologías, diagnósticos diferenciales, y obtener resultados favorables con el objeto de mejorar la calidad de vida de nuestras pacientes.

Actualmente no existen guías de tratamiento basadas en evidencia; únicamente reportes de caso, por la baja incidencia de la patología. Por consiguiente, se requiere mayor investigación para definir la etiopatogenia, la historia natural y la respuesta al tratamiento médico y quirúrgico. Sin embargo, tanto para los síntomas como para la autoestima y el estilo de vida de la paciente, hasta el momento, el abordaje quirúrgico con o sin tratamiento hormonal es el indicado.

## Referencias

1. De Silva NK, Brandt ML. Disorders of the breast in children and adolescents, Part 1: Disorders of growth and infections of the breast. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2006 Oct;19(5):345-9.
2. Koves IH, Zacharin M. Virginal breast hypertrophy of an 11-year-old girl. *J Paediatr Child Health*. 2007;43(4):315-7.
3. Bonilla OA. Hiperplasia virginal mamaria asociado a hiperplasia pseudoangiomatosa del estroma mamario difuso. *CES Med*. 2016;30(1):122-8.
4. Figueroa S, Romero V. Hipertrofia virginal mamaria en niños y manejo quirúrgico. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2012;58(2):127-32.
5. Jabaiti S, Fayyad L, Isleem U. Prednisolone-induced virginal mammary hypertrophy: Case report. *Int J Surg Case Rep*. 2019;59:140-3.
6. Karagüzel G, Bilen S, Karaçal N, Yildiz K, Livao?lu M. Virginal Breast Hypertrophy: Different presentations of two cases and the role of Tamoxifen as an adjuvant therapy. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016 Oct;29(5):e71-e74.
7. Marcello G, Miro A, Dipasquale M. Gigantomastia juvenil. Hipertrofia virginal. Presentación de caso clínico. *Rev Argent Cir Plast*. 2016;22(3), 114-8.
8. Menek?e E, Önel S, Karateke F, Da? K, Bali ?, Bozkurt H, Sözen S, Özdo?an M. Virginal Breast Hypertrophy and Symptomatic Treatment: A Case Report. *J Breast Health*. 2014 Apr 1;10(2):122-4.
9. Szyma?ska E, Moszczy?ska E, Polnik D, Szyma?ska S, Jurkiewicz E, Pyzlak M, Armata M, Walewska-Wolf M, Kalici?ski P, Rokicki D, Szalecki M. Virginal breast hypertrophy in a patient with Beckwith-Wiedemann syndrome. *Clin Case Rep*. 2018 Jan;6(3):484-9.
10. Egro FM, Davidson EH, Namnoum JD, Shestak KC. Congenital breast deformities. In: Nahabedian MY, Neligan PC, eds. *Plastic surgery: Volume 5: Breast*. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018:chap. 28, p. 509-519.
11. Wolfswinkel EM, Lemaine V, Weathers WM, Chike-Obi CJ, Xue AS, Heller L. Hyperplastic breast anomalies in the female adolescent breast. *Semin Plast Surg*. 2013 Feb;27(1):49-55.
12. Vyas S, Greenwood HI, Jankowski T, Freimanis RI, Kallianos KG, Henry TS, Strachowski LM. A case of acute onset gigantomastia in a 20-year-old woman. *Clin Imaging*. 2020 Dec;68:57-60.
13. Acea Nebril B. *Cirugía oncológica de la mama*. 4.ª Ed. Elsevier; 2019. Cap. 17, Mamoplastia vertical de doble rama; p. 213-240.

## Datos de contacto del autor

J. N. Domínguez Chávez-Camacho, MD  
Correo electrónico: consultoriond@gmail.com

# Lipoma gigante mamario

## Giant breast lipoma

JUAN FERNANDO RENGEL MALDONADO\*, MD; YESENIA MARIBEL MOLINA VINUEZA\*\*, MD

**Palabras clave:** mama, lipoma, mamoplastia, reconstrucción mamaria, reducción mamaria.

**Key words:** lipoma, mammoplasty, breast reconstruction, breast reduction.

### Resumen

Se presenta el caso de una paciente de 49 años, con diagnóstico de lipoma gigante localizado en la mama derecha, de 5 años de evolución, el cual alcanzó un tamaño de 20 cm x 14 cm y un peso de 555 gramos. Se realizó la exéresis completa de la tumoración; el abordaje quirúrgico se hizo mediante patrón de Wise para reducción mamaria con base en pedículo superomedial. El objetivo principal posterior a la exéresis total de una tumoración gigante es lograr simetría mamaria, con adecuada proyección y tamaño, así como buena localización del complejo areola-pezones, que fue lo que se logró con esta paciente. Existen pocos casos similares reportados en la literatura.

### Abstract

Case report of a 49-year-old patient, diagnosed with giant lipoma located in the right breast of 5 years of evolution, with a maximum size of 20 cm x 14 cm and a weight of 555 grams. The complete excision of the tumor was performed, the surgical approach was performed by the Wise pattern for breast reduction based on a superior medial pedicle. The main objective after total excision of a giant tumor is to achieve breast symmetry, with adequate projection and size, as well as a good location of the areola-nipple complex, the same that was achieved with this patient.

## Introducción

Los lipomas se definen como masas blandas de células adiposas que a menudo están encapsuladas por una capa delgada de tejido fibroso, de crecimiento lento. Se desarrollan con mayor frecuencia entre los 40 y 60 años de edad y por lo general no requieren tratamiento, a menos que se produzca sintomatología acompañante debido a su localización y/o tamaño<sup>1</sup>. No obstante, los lipomas mamarios gigantes son tumores de rápido crecimiento, que pueden crecer hasta proporciones inmensas, con diámetros que exceden los 5 cm y/o peso mayor a 500 g<sup>2-4</sup>; lo que podría ocasionar congestión y ulceración de la piel en casos determinados.

Habitualmente, los pacientes buscan atención médica por la preocupación que genera la posibilidad de malignidad de una tumoración en la mama, así como por la deformidad y asimetría secundarias al crecimiento neoplásico<sup>5-7</sup>.

Presentamos el caso de un lipoma gigante en la mama de 5 años de evolución, con crecimiento progresivo hasta 550 gramos, asociado con hipertrofia mamaria (figura 3).

## Reporte de caso

Mujer de 49 años, hipertensa, que refiere incremento significativo del tamaño de sus mamas a partir del último embarazo. Hace 5 años notó la presencia de una tumoración de crecimiento progresivo en el cuadrante superoexterno de la mama derecha con un tamaño, en el registro de la primera valoración, de 4 cm de diámetro. Fue referida al Servicio de Cirugía Plástica por Ginecología y Mastología con los resultados de exámenes de gabinete: la ecografía reportó imagen ovalada con ecogenicidad semejante al tejido graso que sobrepasó el campo ecográfico, sin ectasia ductal y las axilas libres de ganglios, categorizada como BIRADS 2; la tomografía computada (TC) indicó la mama derecha de mayor volumen con presencia de una masa hipodensa bien definida de comportamiento de tejido adiposo que mide 6,0 cm x 12,0 cm longitudinal, ubicación profunda, sin calcificaciones ni contenido interno, imagen con aspecto compatible con lipoma gigante de mama (figuras 1A y 1B); y la mamografía reportó

Recibido para publicación: 15 de marzo de 2022

Revisado: 20 de noviembre de 2022

\* Especialista en cirugía plástica reconstructiva y estética, Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín, Quito, Ecuador.

\*\* Especialista en cirugía plástica reconstructiva y estética, Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México, México.

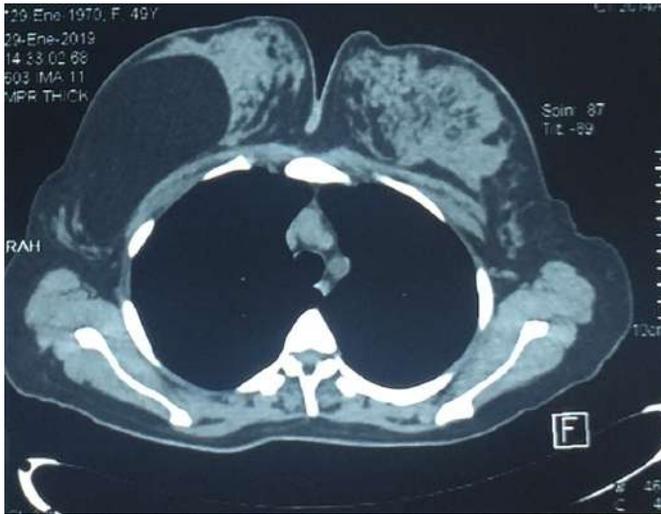


Figura 1A. Tomografía computada de tórax. Tumor gigante en mama derecha.



Figura 1B. Tomografía computada de tórax. Tumor gigante en mama derecha.

un patrón radiológico acr 4, heterogéneo pseudonodular y asimétrico: impresionó como un nódulo graso en mama derecha de bordes finos y regulares.

Al examen físico presentó asimetría en sus mamas a expensas de mayor volumen de la mama derecha (alrededor de 900 centímetros cúbicos), ptosis grado III, cuadrantes superiores vacíos. En la antropometría fue registrado un diámetro del tórax de 80 cm, la mayor proyección de mamas en 107 cm; distancias entre la escotadura esternal y el pezón derecho 32,5 cm, con el izquierdo 30 cm; pezón-surco mamario derecho 15 cm, izquierdo 12 cm; distancia entre pezones 26 cm, distancia

de pezón a línea media 13 cm, diámetro de areola 5 cm, proyección de pezón 1 cm. Tumorcación homogénea, móvil en el cuadrante superoexterno de la mama derecha, de 15x12 cm, bordes definidos (figuras 2A, 2B, 2C y 3).

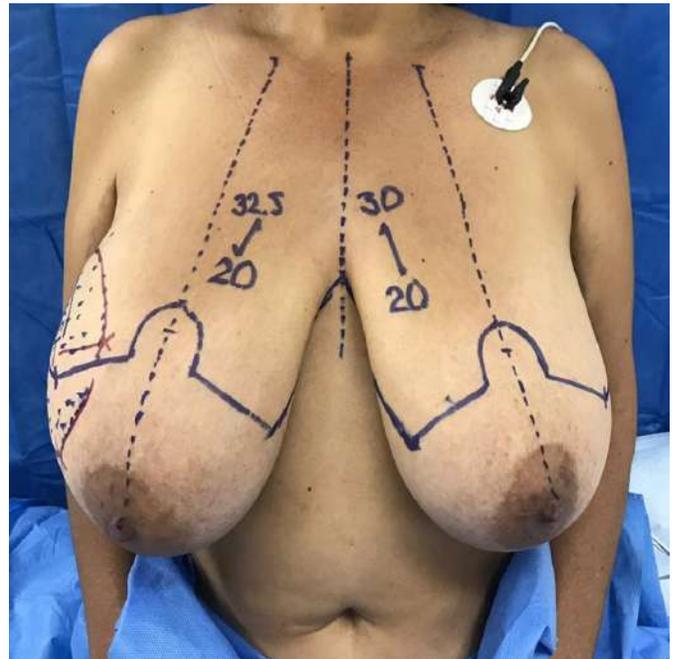


Figura 2A. Paciente de 49 años. Prequirúrgico, vista frontal. Patrón de Wise.

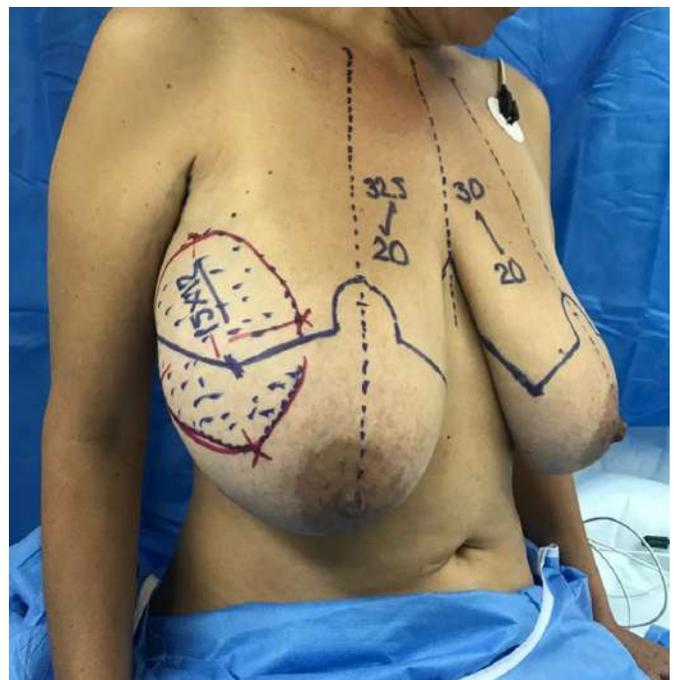


Figura 2B. Paciente de 49 años. Prequirúrgico, vista lateral derecha, marcación de tumoración de la mama derecha.



Figura 2C. Paciente de 49 años. Prequirúrgico, vista lateral izquierda, patrón de Wise.



Figura 3. Lipoma gigante mamario

El abordaje quirúrgico se realizó a través de incisiones según la marcación previamente realizada mediante patrón de Wise para reducción mamaria con base en pedículo superomedial; se resecó 540 gramos de tejido mamario en el lado derecho y 602 gramos en el izquierdo (figura 4).



Figura 4. Posquirúrgico inmediato

Se realizó exéresis completa de una tumoración de la mama derecha de 20x14 cm (12x11x8 cm según patología) con un volumen de 555 gramos, cuyo estudio histopatológico reportó una superficie externa encapsulada amarillenta lobulada de aspecto adiposo, al corte seriado superficie homogénea amarillenta con fina vasculatura y zonas de hemorragia; tejido adiposo maduro separado por finos tabiques conectivos y vasos congestivos (figura 3). No hubo evidencia de malignidad en los tejidos resecados, por lo que se concluye que se trata de un lipoma gigante de mama asociado a hipertrofia mamaria.

La paciente no presentó complicaciones y se encuentra satisfecha con los resultados obtenidos.

### Discusión

Algunos autores definen a un lipoma gigante de mama como una lesión de al menos 5 cm en una de sus dimensiones y un peso mayor a 500 g<sup>2-4</sup>, mientras que otros lo consideran así con un mínimo de 10 cm o un peso superior a los 1000 g<sup>8,9</sup>. En el trabajo diagnóstico se lo debe

diferenciar de fibroadenoma gigante, tumor filodes, hipertrofia virginal, papilomas del conducto, hamartomas, angioliomas, angiomioliomas, tumores lipomatosos atípicos y liposarcoma<sup>2,3,8,10</sup>.

La exéresis total es el tratamiento definitivo para el lipoma; no obstante, las neoplasias del tamaño y ubicación señalados dan como resultado una asimetría y deformidades importantes cuya reconstrucción se convierte en un gran desafío para el cirujano<sup>4,5,7</sup>. Así, el objetivo principal tras la exéresis total de una tumoración gigante es lograr la simetría mamaria, con adecuada proyección y tamaño, así como buena localización del complejo areola-pezón<sup>3</sup>, que fue lo que se logró con esta paciente (figuras 5A, 5B y 5C).

En concordancia con la clasificación de la cirugía oncoplástica, el presente caso corresponde a un nivel 2: es decir, una resección entre el 20 y el 50% del tejido mamario; por ello se benefició de una mamoplastia de reducción. El complejo areola-pezón fue transportado a su nueva posición con un colgajo tipo Skoog superomedial, a través de una distancia de 12,5 cm en la mama derecha y de 10 cm en la izquierda, sin ningún tipo de

complicación en el período posoperatorio<sup>11</sup>. La ventaja que brindó el pedículo superomedial en el resultado estético final fue permitir la adecuada movilización del tejido mamario restante para llenar los cuadrantes superiores vacíos y compensar la falta de volumen después de retirado el tumor.



Figura 5B. Posquirúrgico, vista lateral derecha.



Figura 5A. Posquirúrgico, vista frontal.



Figura 5C. Posquirúrgico, vista lateral izquierda.

En primera instancia se resecó la tumoración y se reconstruyó la mama derecha, y luego fue simetrizado el lado izquierdo tomando como modelo el lado derecho; este orden en la cirugía facilitó conseguir la simetría.

Es de suma importancia recordar que la cirugía contralateral para asimetría mamaria se considera en la evaluación inicial y se ofrece a los pacientes que serán sometidos a resección de gran volumen que resultará en una discrepancia de tamaño<sup>12,13</sup>.

## Conclusiones

Los lipomas gigantes de mama son tumoraciones benignas de crecimiento progresivo y de presentación poco frecuente, que requieren un adecuado estudio. Su exéresis representa el tratamiento definitivo y al asociarse a hipertrofia mamaria debe ir de la mano de una adecuada técnica quirúrgica, que permita un abordaje y exposición amplia para la resección total de la tumoración, brindando aporte vascular seguro al complejo areola-pezones y un resultado estético adecuado.

## Referencias

1. Charifa A, Azmat CE, Badri T. Lipoma Pathology. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.
2. Hawary MB, Cardoso E, Mahmud S, Hassanain J. Giant breast tumors. *Ann Saudi Med.* 1999;19(2):174-6.
3. Ribeiro RC, Saltz R, España Quintera LF. Breast reconstruction with parenchymal cross after giant lipoma removal. *Aesthetic Plast Surg.* 2008;32(4):695-7.
4. Jorwekar GJ, Baviskar PK, Sathe PM, Dandekar KN. Giant Chondroid Lipoma of Breast. *Indian J Surg.* 2012;74(4):342-3.
5. Narwade N, Bagul A, Narayan P, Khan N. Giant breast lipoma an unusual presentation: a rare case report. *Int J Res Med Sci.* 2015;3(10):2851-3.
6. Ramírez-Montaña L, Vargas-Tellez E, Dajer-Fadel WL, Maceda SE. Giant lipoma of the breast. *Arch Plast Surg.* 2013;40(3):244-6.
7. Rodriguez LF, Shuster BA, Milliken RG. Giant lipoma of the breast. *Br J Plast Surg.* 1997;50(4):263-5.
8. Gupta S, Chattopadhyay D, Gupta S, Agarwal A, Guha G. Gigantomastia due to retromammary lipoma: An aesthetic management. *Breast Dis.* 2017;37(1):33-7.
9. Li Y, Lv M, Chen L, Wu Y. Giant Lipoma of the Breast: A Case Report and Review of the Literature. *Clin Breast Cance.* 2011;11(6):420-2.
10. Nwashilli N, Ugiagbe E. Lipoma of the breast: An uncommon occurrence. *Niger J Surg Sci.* 2016;26(1):12.
11. Patel K, Bloom J, Nardello S, Cohen S, Reiland J, Chatterjee A. An Oncoplastic Surgery Primer: Common Indications, Techniques, and Complications in Level 1 and 2 Volume Displacement Oncoplastic Surgery. *Ann Surg Oncol* [Internet]. 2019;26(10):3063-70. Available from: <https://doi.org/10.1245/s10434-019-07592-5>
12. Bauermeister AJ, Gill K, Zuriarrain A, Earle SA, Newman MI. Reduction mammoplasty with superomedial pedicle technique: A literature review and retrospective analysis of 938 consecutive breast reductions. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg* [Internet]. 2019;72(3):410-8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2018.12.004>
13. Piper M, Peled AW, Sbitany H. Oncoplastic breast surgery: current strategies. 2015;4(2):154-63.

## Datos de contacto del autor

Juan Fernando Rengel Maldonado, MD  
Correo electrónico: ferengel2@hotmail.com

# Pexia mamaria de aumento a expensas del pedículo superior sin implantes

## *Breast augmentation using upper pedicle without the need for implants*

AULIO E. BUSTOS-DÍAZ\*, MD; JORGE TARUD\*, MD; SAMYD S. BUSTOS\*, MD; VALERIA P. BUSTOS\*, MD

**Palabras clave:** mastopexia, implantes mamarios, pedículo superior, aumento mamario.

**Key words:** breast augmentation, implants, upper pedicle.

### Resumen

La pexia mamaria de aumento es un procedimiento quirúrgico que busca brindar mayor volumen a los senos o recuperar el volumen perdido debido usualmente a etiología genética, envejecimiento, multiparidad, entre otros. Se revisó un grupo de 120 pacientes que fueron sometidas a la técnica de «pexia mamaria a expensas del pedículo superior»; eran mujeres en un rango de edad de 17-55 años, un 30% de las cuales fueron asociadas a ptosis mamaria por maternidad y otro 30% a ptosis mamaria de origen genético. Se evalúa el resultado del procedimiento de elección de estas pacientes, encontrando una baja tasa de complicación y se concluye que la mencionada técnica puede considerarse como el Gold standard de pexia mamaria de aumento sin implante, ya que dicho procedimiento se presenta en un solo evento, utiliza los mismos componentes anatómicos del propio organismo que no lleva a ninguna cuerpo extraño y por consiguiente no hay alteración del componente anatómico-fisiológico de la glándula mamaria, llevando a una apariencia natural de la paciente, adecuada para su cuerpo.

### Resumen

Breast augmentation Pexia is a surgical procedure that seeks to provide greater volume to the breasts or to regain lost volume, usually due to genetic etiology, aging, multiparity, among others. Where a group of 120 who underwent the “breast pexia at the expense of the upper pedicle” technique was reviewed, female patients in an age range of 17-55 years where 30% were associated with maternal breast ptosis and 30% of breast ptosis of genetic origin. Where the result of these patients is evaluated as the procedure of choice with a low complication rate and it is concluded that this technique can be considered as the Gold standard of breast augmentation pexia without implant since this technique is presented in a single event, it uses the same anatomical components of the organism itself that does not lead to any foreign body and there is no alteration of the anatomical-physiological component of the mammary gland, leading to a natural appearance of the patient suitable for his body.

## Introducción

El aumento de senos o mamoplastia de agrandamiento es un procedimiento quirúrgico que busca brindar mayor volumen a los senos o recuperar el volumen perdido debido usualmente a etiología genética, envejecimiento, multiparidad, entre otros. Existen diferentes factores que influyen en la toma de decisiones para proceder con una mamoplastia de agrandamiento, dentro de los cuales se incluye el resultado estético que busca la paciente basado en sus propias motivaciones y deseos, los cuales deben ser compartidos con el cirujano, y juntos encontrar un plan previo al procedimiento quirúrgico.

Otro factor clave en el análisis preoperatorio es la caída de los senos en la mujer, médicamente conocida como ptosis mamaria, la cual es un proceso natural donde se pierde de manera progresiva la elasticidad de las fibras de la piel, convirtiéndose más en un problema estético que médico<sup>1</sup>. Generalmente esto ocurre en mujeres con los senos grandes, lo cual no significa que en mujeres con senos pequeños no pueda ocurrir. Los desencadenantes de este proceso natural son la resistencia y la elasticidad de la piel. A medida que transcurren los años, los senos de la mujer pierden esa turgencia que los caracteriza y tienden a caerse; esto se debe a

que el seno no se sostiene en ningún músculo o ligamento como tal: solo lo hace a través del tejido conjuntivo y la piel que lo rodea. Estas fibras se estiran de manera progresiva y llegan a ceder con el tiempo, razón por la cual los senos sufren, a mediano o largo plazo, un descenso o ptosis. La mama no posee su propio músculo; ella se sostiene sobre los músculos pectorales, cuya función es de apoyo. Así, la caída progresiva de los senos, aunque se puede disminuir a través de ejercicios físicos, es muy difícil de evitar.

Ahora bien, dentro de las diferentes alternativas quirúrgicas para contrarrestar la pérdida de volumen por ptosis mamaria, existe la lipotransferencia o el lipofilling, que consiste en quitar grasa de cierta zona del cuerpo y depositarla en otra, en este caso en la mama<sup>2</sup>. De hecho, esa grasa subcutánea posee múltiples características entre las cuales se encuentra el ser la principal fuente de células madre del organismo, rica en factores de crecimiento que ayudan en la circulación y la formación de colágeno y que también favorecen el proceso de cicatrización; además, es abundante, se considera como material de relleno y, por lo mismo, se puede utilizar para generar volumen; y al ser un tejido propio de la persona, no va a provocar rechazo. Así pues, la técnica de lipotransferencia tiene como objetivo principal mejorar la apariencia del cuerpo desde un punto de vista estético, logrando su rejuvenecimiento; de manera que puede ser aplicada en diferentes partes como los glúteos, los labios, la frente, los pómulos y los senos, con el fin de generar volumen de la zona a trabajar, reconstrucción mamaria, entre otras bondades.

Por otro lado, también existe el uso de implantes mamarios, los cuales se usan con mucha frecuencia, pero no están exentos de desventajas, como necesidad de recambio de implante, contractura capsular, dolor mamario, ruptura del implante, entre otras dificultades. Además, cierto número de pacientes prefieren evitar el uso de implante mamario. Entonces, para este tipo de pacientes, es posible usar colgajos dentro de la misma mama para llenar el volumen en los sitios en los que ha habido pérdida. En efecto, en este manuscrito, presentamos la experiencia del autor principal usando una técnica con el uso de colgajos locales para otorgar volumen mamario a expensas del pedículo superior sin el uso de

implantes mamarios, con el fin de dar un levantamiento natural sin la necesidad de usar prótesis. Esto reduciría complicaciones asociadas al implante, así como también satisfaría las necesidades de las personas que no desean una mamoplastia de aumento con el uso de implantes.

Cabe anotar que durante el transcurso de los últimos años, se han presentado varios estudios que cuestionan los implantes mamarios y su relación con un tipo específico de linfoma, el linfoma anaplásico de células grandes (ALCL, por sus siglas en inglés), lo cual ha generado mucha controversia a nivel mundial. De manera que el procedimiento presentado en este estudio es una opción para pacientes que tengan dudas o miedo de usar implantes de silicona en su cuerpo debido a las últimos informes de la FDA<sup>3,4</sup>.

### **Pacientes y métodos**

Se revisó un grupo de 120 pacientes consecutivos en quienes se usó esta técnica de aumento mamario a expensas del pedículo superior. Este grupo de mujeres se encontraba en rangos de edad entre los 17 y 55 años; el 30% de ellas fueron pacientes intervenidas por ptosis mamaria de origen genético y el 70% fueron pacientes con ptosis mamaria asociada a maternidad. Adicionalmente, el 30% fueron sometidas a procedimiento único, mientras el 70% fueron sometidas a procedimiento combinado. Se analizaron complicaciones y se compararon los resultados con pacientes de aumento mamario con implante para definir la viabilidad de este procedimiento para ser considerado como una mejor opción para pacientes con el deseo de tener los beneficios de un aumento mamario sin necesidad de implante y con resultados favorables.

### **Descripción quirúrgica**

En más del 90 por ciento de los casos se realizó anestesia peridural. Previa asepsia y antisepsia y colocación de campos quirúrgicos, se realiza maniobra de desepiderminización bilateral, alrededor del complejo areola-pezones, el cual se respeta. Luego, se libera el pedículo superior, el cual se imparte hacia adentro y se fija con sutura de Nylon monofilamento 2-0 al músculo pectoral mayor. Una vez fijado, este pedículo superior es cubierto por los dos colgajos, el lateral y el medial, en

tres partes (superior, media e inferior), de arriba hacia abajo, con monofilamento 2-0; el pedículo medio y el inferior se anclan al pectoral mayor. Por último, se cierra tejido celular subcutáneo y piel por planos, de profundo a superficial, con Vicryl 3-0 y Monocryl 3-0.

En las imágenes 1-8, se pueden apreciar los pasos del procedimiento quirúrgico.



Imagen 1. Marcación preoperatoria



Imagen 2. Corte de colgajo.

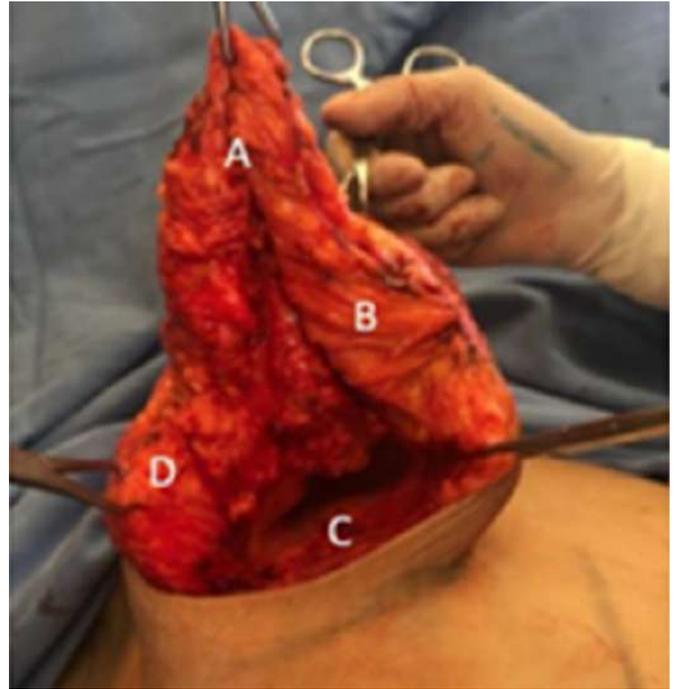


Imagen 3. Se presentan colgajos A. superior. B. medial. C. pectoral mayor. D. pedículo axilar.

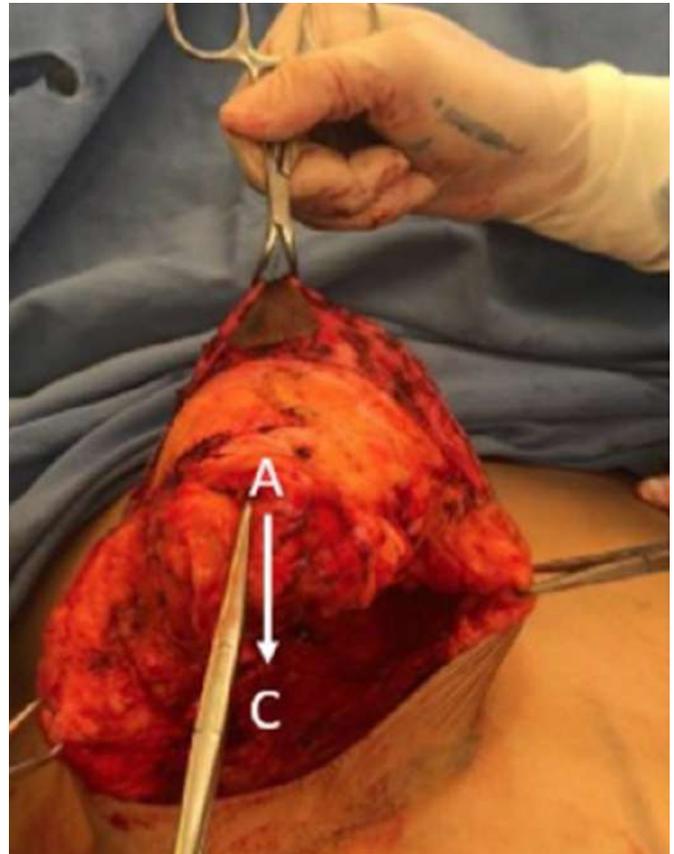


Imagen 4. A. Pedículo superior. C. Pectoral mayor.

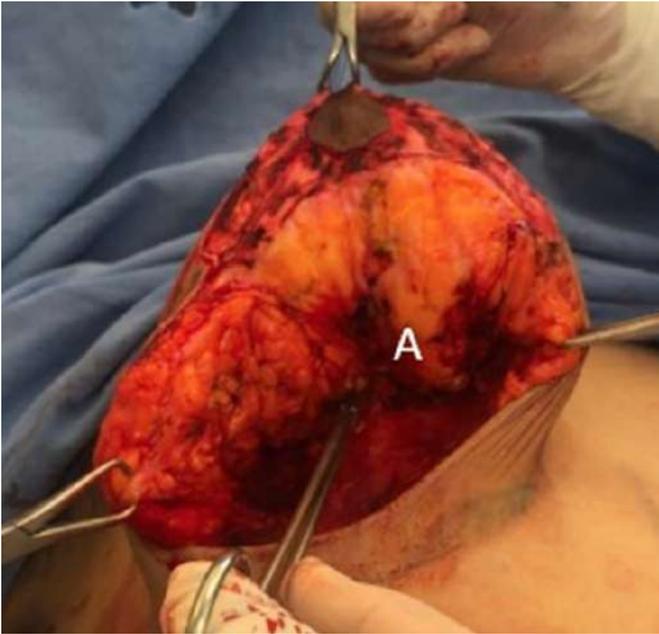


Imagen 5. A. Pedículo superior en punto de fijación.



Imagen 7. Unión de colgajo medial y axilar.



Imagen 6. Se afrontan colgajos axilar y medial.



Imagen 8. Resultado final.

## Resultados

En este estudio, donde 120 pacientes fueron sometidas a volumen mamario a expensas del pedículo superior, sin prótesis, únicamente 4 presentaron complicaciones, lo cual equivale al 3,33%; 2 de estas complicaciones se debieron a síndrome antígeno anticuerpo, mientras que las 2 restantes se dieron por padecer sufrimiento de cicatriz. Pero ninguna de estas complicaciones está asociada a la técnica quirúrgica planteada.

Este tipo de técnica no abarca un rango de edad específico; de manera que puede ser ofrecida a mujeres de todo rango de edades, aptas, que quieran y deseen realizarse este procedimiento o prefieran no usar implante mamario.

Se presentan los diferentes casos en las imágenes 9 a 16, que representan diferentes pacientes de distintos rangos de edades, donde se aprecia la técnica quirúrgica, y el antes y el después de cada paciente.



Imagen 9. Caso 1.



Imagen 10. Caso 2.



Imagen 11. Caso 3.



Imagen 12. Caso 4.



Imagen 14. Caso 6.



Imagen 13. Caso 5.



Imagen 15. Caso 7.



Imagen 16. Caso 8.

## Discusión

Son muchas las dudas que se generan sobre los diferentes tipos de cirugías a nivel de las mamas. El objetivo de la mastopexia con aumento mamario a expensas del pedículo superior sin prótesis es corregir la caída de la mama, haciendo énfasis en que el resultado es netamente con el uso del tejido del propio cuerpo y no se hace necesario el uso de implantes que más adelante puedan llevar potencialmente a complicaciones graves, puesto que el cuerpo los trata como cuerpos extraños. La técnica presentada plantea una alternativa para todas esas mujeres que se niegan al uso de implantes, que prefieren no ser intervenidas quirúrgicamente en repetidas ocasiones (para el recambio de dichos implantes), y que

desean un resultado más natural y parecido a la mama original, más armonioso, lo cual repercute en un incremento en la autoestima y la satisfacción de las pacientes. En el caso de mujeres que han dado lactancia, con esta técnica pueden conseguir que sus mamas dejen de estar ptósicas y recuperen su aspecto natural.

Es un procedimiento corto, que tarda aproximadamente 2 horas. Los resultados son inmediatos, y las pacientes usualmente se incorporan a la vida laboral entre 5 y 7 días después de la cirugía, con una fácil, menos tortuosa y rápida recuperación posoperatoria.

Las pacientes que fueron intervenidas en este estudio fueron comparadas con pacientes a las que se les realizó mastopexia con aumento mamario con implantes. Por consiguiente, se hizo evidente que existen múltiples beneficios que pueden encaminar a las mujeres a optar por realizarse mastopexia con aumento de volumen a expensas del pedículo superior sin prótesis. En primer lugar, no habrá necesidad de realizar una re-operación para recambio de implantes, ya que no se utilizan prótesis para dar volumen, lo cual es de suma importancia puesto que, en nuestra experiencia, la gran mayoría de mujeres que se abstienen de realizarse este procedimiento argumentan el requerimiento de ser intervenidas en varias ocasiones. En la técnica propuesta en este manuscrito, solo se requiere de un único evento quirúrgico. En segundo lugar, dicha técnica utiliza los mismos componentes anatómicos del propio organismo, lo que conlleva que no va haber ningún cuerpo extraño que genere rechazo en el cuerpo ni posteriores complicaciones. Por último, no hay alteración del componente anatómico-fisiológico de la glándula mamaria, lo que confiere una apariencia netamente natural, adecuada para el propio cuerpo del paciente.

Toda intervención quirúrgica tiene complicaciones comunes en las que encontramos formación de hematomas, seromas, infección y alteraciones en el proceso de cicatrización. Pero el uso de implantes mamaros adiciona otras complicaciones mucho más complejas como lo es la contractura capsular, que es la más frecuente en las pacientes que portan prótesis mamaras; también, se puede presentar ruptura del implante, visibilidad del implante y ondulaciones en la piel debido al implante, entre muchas otras dificultades. Además, den cuanto a lo estético se refiere, el uso de implantes puede

exacerbar el grado de asimetría entre las mamas, la cual se puede mejorar mediante el uso de la técnica de lipofilling, introduciendo e infiltrando grasa del propio cuerpo en la mama de menor tamaño o en áreas de la mama que requieran volumen adicional. Así, este conjunto de consideraciones muestra un resultado estético inferior del uso de implantes en comparación con el empleo del propio tejido de la paciente.

Comparando en conjunto los resultados de las pacientes de mastopexia con aumento mamario por medio de implantes con las pacientes que optaron por la técnica a expensas del pedículo superior, podemos concluir que el uso de este último para mastopexia y aumento mamario es una opción segura, no inferior al uso de implantes, y que debe ser considerada en pacientes que prefieran no usar implantes mamarios. Los autores de este manuscrito encontraron resultados muy similares, los cuales pueden ser corroborados por el lector en las imágenes anexas.

## Conclusión

Si las mujeres pueden ser merecedoras de realizarse un procedimiento que no solo va a mejorar su parte estética sino que además elevará su amor propio, su seguridad, ¿por qué no realizarlo? Además, tiene menos riesgos y complicaciones. Sumado a esto, no existe una marcada diferencia en cuanto a los resultados generados en las pacientes que se colocan prótesis y en las que no; por consiguiente, se podría afirmar que el fin de ambos procedimientos es el mismo: proporcionar seguridad, aspecto natural y satisfacción a cada una de las mujeres.

## Referencias

1. <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/womens-health/expert-answers/breast-implants-and-cancer/faq-20057774>
2. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864016000134>
3. <https://www.portafolio.co/economia/finanzas/nuevo-celulas-madre-cirurgia-senos-373682>
4. <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v24n2/0122-0667-rmri-24-02-119>

## Datos de contacto del autor

Jorge Tarud, MD  
Correo electrónico: jorgeataruds@gmail.com

# Mamoplastia en T invertida con diseño vertical de Madeleine Lejour

## *Inverted T-Mammoplasty with vertical design by Madeleine Lejour*

SERGIO ARBELÁEZ BOLAÑOS, MD\*; ROSA CLAUDIA ESLAIT MERCHÁN, MD\*;  
SERGIO A. ARBELÁEZ ESLAIT, MD\*\*; KORETTA ESMERAL ATEHORTÚA, MD\*\*

**Palabras clave:** mamoplastia vertical, variación en T invertida, domo, glándula mamaria, colgajo.

**Key words:** vertical mammoplasty, inverted T-variation, dome, mammary gland, flap.

### Resumen

El objetivo de la investigación es presentar una variación con aplicación de la técnica de T invertida en la mamoplastia vertical promulgada por Madeleine Lejour, haciendo variantes en cuanto al diseño del domo, así como en la terminación de la incisión vertical en T invertida, con incisión horizontal acortada, y en la realización de la técnica quirúrgica de fijación de colgajo porta-areolar a la línea paraesternal, para dar mayor tejido en el polo superointerno y la rotación interna del colgajo lateral externo hacia el segundo espacio intercostal con línea paraesternal y al sexto espacio intercostal, con puntos de fijación. La técnica descrita da un mejor resultado a largo plazo del efecto de levantamiento mamario y fue aplicada en el periodo comprendido entre los años 2002 y 2018, en 500 pacientes, las cuales fueron analizadas retrospectivamente.

### Abstract

The aim of this research, is to present a variation of Madeleine's Lejour technique of inverted-T vertical mammoplasty by making some variations in dome's design and in the termination of the vertical incision in inverted-T, with a horizontal shortened incision, and the realization of flap fixation porta-areolar to the paraesternal line, in order to have more tissue in the superointern pole and the intern rotation of the lateral extern flap to the 2° intercostal space paraesternal line and the 6° intercostal space with fixation stitches. This technique offers a better long-term result in the breast lift effect; and was applied from 2002-2018 in 500 patients, who were retrospectively analyzed.

## Introducción

A través de la historia, los aportes dados por los pioneros de la cirugía como Morestin (1907), Schwartzman (1930), Maliniac (1953), Wise (1956), Arie (1957), Strombeck (1960), Pitanguy (1962), Regnault (1974), Peixoto (1980), Lassus (1987), Bozzola (1990), y Berrocal (1992) han permitido que en la actualidad los cirujanos plásticos realicen intervenciones quirúrgicas con el objetivo de obtener un resultado final cuya forma, vascularidad, volumen y funcionalidad sean las adecuadas, disminuyendo el riesgo de cicatrices, con base en las normas establecidas para el correcto manejo quirúrgico glandular<sup>1-14</sup>.

La cirugía mamaria ha tenido variaciones en la aplicación de técnicas quirúrgicas para la obtención de un resultado final que muestre una mama con volumen adecuado para el cuerpo de la paciente; una forma ideal que implique la colocación de las distintas estructuras anatómicas de la mama como el complejo areola-pezones, el surco submamario y la prolongación axilar de la mama en armonía con el tórax de la paciente, y la realización de diferentes incisiones buscando siempre la reducción de la longitud de las cicatrices, para que en lo posible dicha cirugía luzca imperceptible, con vestimentas mínimas.

## Objetivo

Presentar la técnica quirúrgica y la evaluación de los resultados posoperatorios a largo plazo en la variación de la técnica de mamoplastia en T invertida con diseño vertical de Madeleine Lejour, desarrolladas en los años 2002-2018, por medio de un análisis objetivo.

## Materiales y métodos

Se analizaron los resultados de 500 pacientes intervenidas entre octubre de 2002 y octubre de 2018, cuyas edades oscilaban entre 16 y 73 años, con un promedio de 32 años, quienes presentaban hipertrofia mamaria y ptosis mamaria de hasta 35 cm de la línea medio-clavicular al pezón, y una distancia pezón-surco submamario de hasta 16 cm (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de las pacientes por edad.

Edad (años)	Número de pacientes	Porcentaje (%)
16-26	68	13,6
27-36	377	75,4
37-46	29	5,8
> 46	26	5,2
<b>Total</b>	500	100

Fuente: Construido por los autores.

Las variables analizadas fueron las siguientes:

- Hipertrofia mamaria (según Lalardrie y Jouglard)<sup>15</sup>:
  - Mama ideal: 250-300 gramos.
  - Hipertrofia moderada: 400-600 gramos.
  - Hipertrofia importante: 600-800 gramos.
  - Hipertrofia severa: 800-1000 gramos.
  - Gigantomastia: más de 1000 gramos.
- Ptosis mamaria (según Regnault)<sup>16</sup>:
  - Primer grado o ptosis leve: pezón desciende a nivel de surco inframamario.
  - Segundo grado o ptosis moderada: pezón se encuentra 2-3 cm debajo del surco inframamario.
  - Tercer grado o ptosis severa: pezón a más de 3 cm por debajo del surco mamario.
  - Pseudotosis: mama laxa cuyo pezón se mantiene sobre surco inframamario, pero con polo inferior redundante.

## Técnica quirúrgica

Todas las pacientes fueron intervenidas bajo anestesia general; se realizó colocación de drenes de tipo hemovac continuo durante un período de tiempo mínimo de 72 horas de posoperatorio. Todas las pacientes utilizaron sujetador ortopédico durante las primeras 4 semanas de posquirúrgico, de forma permanente.

La conformación glandular se realizó con materiales de sutura tipo ácido poliglicólico 2-0; un plano subcutáneo se suturó con ácido poliglicólico 4-0; la sutura periareolar se realizó mediante técnica de *round block* con monofilamento nylon 2-0 o 3-0; la sutura intradérmica y la externa se hicieron con monofilamento nylon 3-0 y 4-0, y la sutura intradérmica vertical y horizontal se hizo con monofilamento nylon 2-0 y 3-0.

El tejido mamario resecaado fue enviado a estudio anatomopatológico, discriminando cuál correspondía a cada mama.

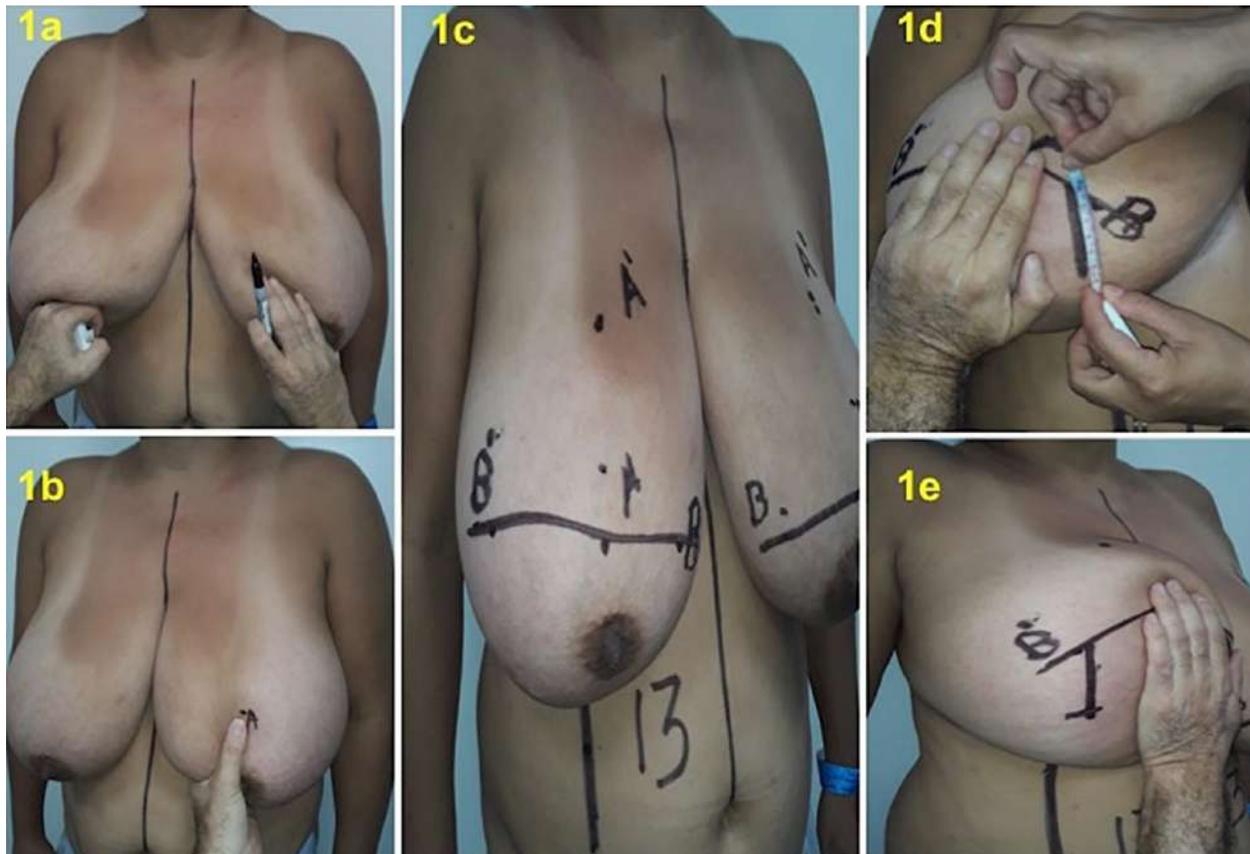
Se realizó seguimiento clínico y fotográfico de las pacientes entre tres meses y cinco años posoperatorio, con un promedio de 6 meses, dado que un gran número de pacientes no asistieron más a control de seguimiento posquirúrgico.

## Marcación

Se realizó la marcación de las incisiones en dos tiempos:

### Paciente en bipedestación:

1. Línea media corporal: se extiende del punto más caudal de la horquilla supraesternal al ombligo (figura 1a).
2. Ubicación del pezón: en la proyección anterior del surco submamario con la colocación del punto A (figura 1b).
3. A': Arriba del punto A para la ubicación del margen superior del complejo areola-pezón, que se ubica generalmente entre 18 y 21 cm de la horquilla supraesternal (figura 1c).
4. Se marca un punto B a una distancia variable entre 8 y 10 cm del punto A' en una línea vertical paralela a la línea trazada entre A' y el pezón actual y se proyecta una horizontal hacia medial y



**Figura 1.** a) Marcación de línea media corporal. b) Ubicación del pezón: colocación del punto A. c) Marcación de los puntos A', B y B'. d) Marcación de incisión vertical medial de 5 cm de longitud. e) Marcación de incisión vertical lateral de 5 cm de longitud.

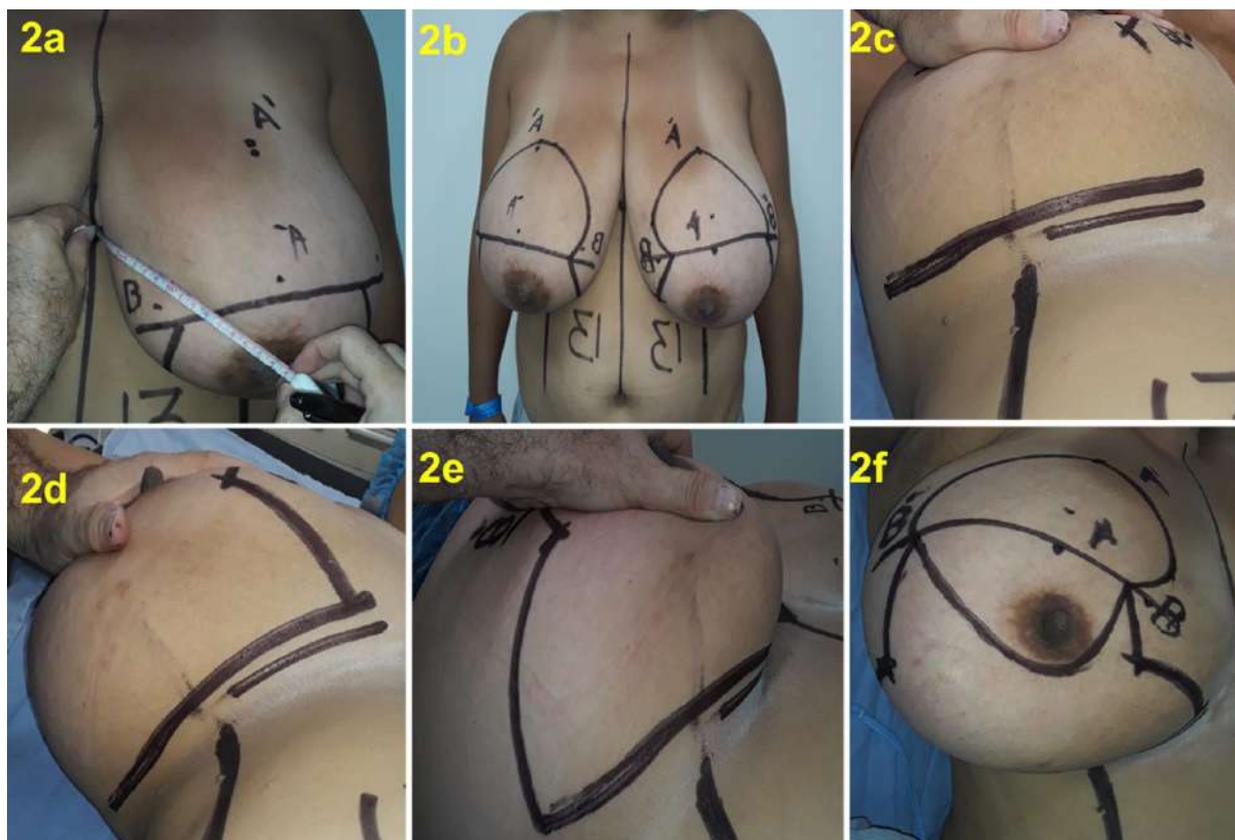
lateral de este punto, que corresponderá a los puntos B y B', punto superior de la cicatriz vertical (figura 1c).

5. Se bascula la mama en sentido lateral y se determina una línea vertical abdominal entre 9 y 13 cm de la línea media (figura 1d).
6. La marcación de las incisiones verticales se realizan ahora basculando la mama en sentido medial y lateral en paralela a la línea vertical abdominal marcada, realizando unas líneas verticales de 5 cm de longitud (figura 1e).
7. Se traza un punto entre el apéndice xifoides y el pezón de la paciente a 7-10 cm de la línea media, que corresponderá al límite interno del domo. Se unen digitalmente los dos puntos cefálicos de las líneas verticales y se realiza un domo que una a estos dos pasando por el punto A' y el punto de límite interno del domo (figuras 2a y 2b).

*Paciente en posición decúbito dorsal:*

8. Se verifica con la basculación lateral de la mama de forma natural que la línea vertical medial de la mama esté alineada con la línea abdominal marcada.
9. A partir de los 5 cm cefalocaudal de las líneas verticales, se hace una marcación en huso uniéndolo los puntos inferiores de la vertical con la horizontal del surco submamario (figuras 2c, 2d y 2e).
10. Se demarca el área a desepidermizar para la realización del colgajo portaareola, el cual siempre es de pedículo superior, aún con colgajo superior portaareolar mayor de 13 cm de longitud (figura 2f).

Se demarcan las incisiones con bisturí, se realiza la maniobra de Schwartzmann (desepidermización) del colgajo portaareola-pezón de pedículo superior, extendiéndola hasta  $\frac{1}{2}$  cm por abajo del extremo caudal de la areola.



**Figura 2.** a) Marcación del límite interno del «domo». b) Se unen digitalmente los dos puntos cefálicos de las líneas verticales. c) Paciente en posición decúbito dorsal: se delinea el surco submamario actual y se marca un nuevo surco paralelo a 1 o 2 cm arriba del mismo. d) Marcación medial en huso uniendo los puntos inferiores de la vertical con la horizontal del surco submamario. e) Marcación lateral en huso. f) Se demarca el área a desepidermizar para la realización del colgajo portaareolar.

Se hace levantamiento del colgajo portaareola superior de un grosor aproximado de 2 cm, cuyo levantamiento se realiza hasta aproximadamente 2 a 4 cm cefálico de los puntos *B* y a partir de allí continúa la disección en profundidad, hasta el músculo pectoral mayor de forma en bisel, conformando una quilla de resección en el polo superior.

Se realizan las incisiones verticales y horizontales marcadas según diseño y se reseca tejido mamario en forma de *T* invertida en plano del músculo pectoral mayor, realizándose la resección del tejido mamario entre 200 y 1200 g, y se procede a la conformación glandular mediante puntos de sutura que ayudarán a mantener la forma de la mama de manera más perdurable.

Se realizan dos puntos de presentación de la mama para la conformación glandular: un punto donde se lleva la hora 12 del complejo areolar al punto *A'* demarcado y

un punto de unión de *B* y *B'* presentando la circunferencia de la nueva areola.

Se hace la sutura intradérmica periareolar (Round block), lo cual determina el nuevo diámetro para la areola, dejando un fruncido periareolar.

Para la conformación glandular nos encontramos ahora con una quilla en el polo superior, cuyos bordes se unen con una sutura absorbible de vicryl 1-0, y un punto de centralización de este colgajo a la línea paraesternal con vicryl 1-0. Luego los dos colgajos inferiores: uno externo al cual se le dan puntos de fijación a la pared torácica en el sexto espacio intercostal, que le da rotación interna al colgajo y de esta manera mejora la proyección subaxilar existente con frecuencia en las mamas; y un colgajo interno que se sutura al colgajo externo ya rotado, dando de esta manera, de nuevo, relleno al polo inferior y disimulando irregularidades.

Se realiza afrontamiento cutáneo de las incisiones vertical y horizontal por planos subcutáneo con vicryl 3-0 y sutura cutánea intradérmica con material no absorbible de nylon 2-0 y externa simple de nylon 4-0 manteniendo la longitud de la incisión vertical aproximadamente a 5 o 6 cm de longitud; se coloca dren tipo hemovac de 1/4 por la herida horizontal del polo inferointerno de la mama.

Se sutura el complejo areola-pezones a la piel, con sutura intradérmica de nylon 2-0 y puntos de afrontamiento externos con nylon 4-0 con punto tipo blocker, para reducir la marca de los puntos en la piel, a nivel del complejo areola-pezones, donde se confunden con los corpúsculos de Montgomery.

### Cuidados posquirúrgicos

Debe brindársele tanta atención como al acto quirúrgico, dado que de este cuidado también dependerá la obtención de un resultado satisfactorio.

Al terminar el acto quirúrgico se coloca sobre las heridas gasas vaselinadas y se realiza un sostén con esparadrapo antialérgico tipo Fixomull en todo el polo inferior, dándole soporte a las suturas realizadas, y encima se coloca un sostén deportivo, elástico, sin varillas y preferentemente con cierre adelante. A las 6 horas se hace una evaluación de la viabilidad del complejo areola-pezones, se descarta el desarrollo de hematomas dándose de alta a la paciente; a las 72 horas se retira el dren de acuerdo a su producción (30 cc o menos) y a los 7 días se realiza la primera curación de las heridas retirándose el sostén de Fixomull, el cual, luego de verificar el estado de las heridas, vuelve a realizarse con una capa delgada

de gasas en las heridas. A los 15 días se reevalúa la paciente y se retiran puntos del complejo areola-pezones y se sueltan los nudos de la sutura vertical, lo que permite que esta pierda tensión para retirarla a los 20 días de realizado el procedimiento.

Al retirar los puntos se inició tratamiento profiláctico de cicatrización patológica con la colocación de corticoide local en crema y se controló mensualmente a la paciente los siguientes tres meses y luego de forma anual hasta los 5 años para realizar un seguimiento de los resultados. Se escogieron al azar dos casos de pacientes intervenidas como evidencia del seguimiento fotográfico (figuras 3 y 4).

### Resultados

Cabe destacar que las complicaciones que se presentan con esta técnica quirúrgica son las mismas que se presenta en cualquiera de las técnicas de reducción mamaria, por tanto la aplicación de dicha técnica no incrementa el tipo de complicación, ni la tasa de complicaciones, sino que, por el contrario, la frecuente desepidermización en las incisiones verticales que sucede en las otras técnicas de mama es menos frecuente en esta, dado que los colgajos son llevados a su cierre con tensión mínima.

Se analizaron retrospectivamente un total de 500 casos, de los cuales 304 (60,8%) presentaron hipertrofia mamaria importante, severa o gigantomastia, lo que indica que el P50 de los casos requirió una resección de más de 300 gramos de tejido (tabla 2); 14 pacientes (2,8%) presentaron necrosis parcial del complejo areola-pezones, dejándose su cicatrización por

Tabla 2. Clasificación de la hipertrofia mamaria y el volumen de tejido mamario resecado

Grado de hipertrofia mamaria	Volumen preoperatorio (gramos)	Cantidad resecada (gramos)	Número de pacientes	Porcentaje (%)
Mama ideal	250-300	200	79	15,8
Hipertrofia moderada	400-600	250-300	117	23,4
Hipertrofia importante	600-800	300-400	149	29,8
Hipertrofia severa	800-1000	350-500	84	16,8
Gigantomastia	> 1000	500-1200	71	14,2

Fuente: Construido por los autores.



Figura 3. a) Vista frontal prequirúrgica de paciente con hipertrofia y ptosis mamaria. b) Vista lateral derecha prequirúrgica. c) Vista lateral izquierda prequirúrgica. d) Vista frontal de paciente a los 12 meses de posquirúrgico e) Vista lateral derecha posquirúrgica. f) Vista lateral izquierda posquirúrgica.



Figura 4. a) Vista frontal prequirúrgica de paciente con hipertrofia y ptosis mamaria. b) Vista lateral izquierda prequirúrgica. c) Vista lateral derecha prequirúrgica. d) Vista frontal de paciente a los 12 meses de posquirúrgico. e) Vista lateral izquierda posquirúrgica. f) Vista lateral derecha posquirúrgica.

segunda intención; hubo 7 casos (1,4%) de infección quirúrgica, de los cuales solo uno tuvo formación de absceso mamario, que requirió manejo hospitalario con antibioticoterapia y drenaje del absceso con divulsión con pinzas sin retirar las suturas, y se presentaron 2 casos (0,4%) de dehiscencia total de la sutura vertical que requirieron lavado y desbridamiento con posterior cierre por planos (tabla 3).

Es de anotar que los dos últimos casos fueron catalogados como cirugías contaminadas, ya que estuvieron asociados al hallazgo intraoperatorio de múltiples galactoceles.

En las restantes pacientes, las cicatrices tuvieron un comportamiento normal al tornarse hipercrómicas en los meses iniciales, para adoptar su coloración normal aproximadamente a los 6 meses de realizada la cirugía, presentándose cicatrices ensanchadas con tendencia queiloidea en 40 pacientes (8%). La alteración en la sensibilidad del complejo areola-pezones se produjo en 78 casos (15,6%); sin embargo, se redujo en la mayoría de las pacientes, con recuperación total en los siguientes 3-6 meses (tabla 3).

## Conclusiones

En este estudio se observó que aplicando la técnica descrita, no se incrementan los riesgos de complicaciones quirúrgicas en comparación con otras técnicas antes utilizadas para la reducción mamaria, aun siendo aplicadas en gigantomastias y con ascenso del complejo areola-pezones hasta de 18 cm con pedículo superior.

La técnica de mamoplastia en T invertida con diseño vertical de Madeleine Lejour es de fácil reproducción y con su aplicación se obtienen resultados naturales, satisfactorios y perdurables a largo plazo, con poca morbilidad e incapacidad, obteniendo todos los parámetros que hacen de una técnica de reducción mamaria la ideal.

## Conflictos de interés

Se declara que no existe ningún conflicto de interés por parte de los autores.

## Referencias

Tabla 3. Complicaciones

Complicación	Número de pacientes	Porcentaje (%)
Necrosis total de la areola	0	0
Necrosis parcial de la areola	14	2,8
Infección quirúrgica	7	1,4
Dehiscencia total de la sutura	2	0,4
Cicatriz ensanchada	40	8
Alteración en la sensibilidad	78	15,6
Hematomas	4	0,8

Fuente: Construido por los autores.

- Shiffman MA. (2009). History of Breast Reduction. In: Shiffman MA. (eds) Mastopexy and Breast Reduction. Springer, Berlin, Heidelberg. DOI [https://doi.org/10.1007/978-3-540-89873-3\\_31](https://doi.org/10.1007/978-3-540-89873-3_31).
- Peixoto G. Reduction mammoplasty: a personal technique. *Plast Reconstr Surg.* 1980 Feb; 65(2):217-26.
- Berrocal M. Mamoplastia reductora con incisión mínima en J. *Rev Col Cirugía Plástica y reconstructiva.* 2002;8:73-83.
- Wise RJ. A preliminary report on a method of planning the mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1956 May;17(5):367-75.
- Arié G. Una nueva técnica de mamoplastia. *Cir Plást Iberolatam.* 1957;3:23.
- Strombeck JO. Mammoplasty: report of a new technique based on the two-pedicle procedure. *Br J Plast Surg.* 1960 Apr; 13:79-90.
- Pitanguy I. Surgical treatment of breast hypertrophy. *Br J Plast Surg.* 1967 Jan;20(1):78-85.
- Matarasso A, Courtiss EH. Suction mammoplasty: the use of suction lipectomy to reduce large breast. *Plast Reconstr Surg.* 1991 Apr;87(4):709-17.
- Benelli L. Technique de Plastie mammaire le Round Block. *Rev Fr Chir Esth.* 1988;13(50):7-11.
- Lassus C. Breast reduction: evolution of a technique-a single vertical scar. *Aesthetic Plast Surg.* 1987;11(2):107-12.
- Maliniac JW. A mammoplastic substitute for amputation in hypertrophies. *Surgery.* 1949 Oct;26(4):573-6.
- Morestin H. Plastie mammaire de réduction, 1 cas. *Bull Mém Soc Anat.* 1905 (Paris);80:682.
- Schwartzman E. Die technik der mammoplastik. *Chirurg.* 1930;2: 932-43.
- Lejour M. Vertical mammoplasty and liposuction of the breast. *Plast Reconstr Surg.* 1994 Jul;94(1):100-14.
- Lalardrie JP, Jouglard JP. Reduction mammoplasty: general approach and basic considerations. *Aesthetic Plast Surg.* 1982;6(2):81-3.
- Regnault P. Reduction mammoplasty by the "B" technique. *Plast Reconstr Surg.* 1974 Jan;53(1):19-24.

### Datos de contacto del autor

Sergio Arbeláez Bolaños, MD  
Correo electrónico: serandres1@hotmail.com

# Técnica de mastopexia combinando colgajo superior e infero-lateral: una alternativa segura

## *Mastopexy technique combining superior and infero-lateral flap: a safe alternative*

JOSÉ ENRIQUE PALACIO\*, MD; LINDA VANESSA CARVAJAL\*\*, MD; GONZALO DÍAZ\*\*\*, MD

**Palabras clave:** mastopexia, ptosis mamaria, pedículos.

**Key words:** mastopexy, breast ptosis, pedicles.

### Resumen

La técnica de mastopexia se ha convertido en una de las intervenciones más comunes en cirugía plástica, ya que busca restaurar tanto la forma como la firmeza de los senos luego de diferentes eventos naturales como el embarazo, la lactancia y los cambios de peso, que dejan como secuela la ptosis mamaria.

Múltiples técnicas han sido descritas y en ellas se han utilizado diversos tipos de pedículos, dispositivos e implantes con el fin de lograr una posición y forma adecuada que perdure en el tiempo, y aunque no se ha descrito una técnica universal que pueda corregir todos los defectos, la técnica de mastopexia a pedículos superior e infero-lateral constituye una opción eficaz para casos que involucren ptosis grado I y II, y mamoplastias leves o moderadas. Esta técnica puede incluir el uso de implantes cuando se desea aumentar el volumen y reforzar la firmeza de los senos.

En síntesis, esta técnica combina eficientemente los pedículos superior e infero-lateral, con resultados óptimos en cuanto a cobertura del implante, adecuada proyección, supervivencia del complejo areola-pe-zón y un polo superior que perdura en el tiempo.

### Abstract

The mastopexy technique has become one of the most common interventions in plastic surgery, since it seeks to restore both the shape and firmness of the breasts after different natural events such as pregnancy, lactation and weight changes, which leave as a sequel, mammary ptosis.

Multiple techniques have been described and in them various types of pedicles, devices and implants have been used in order to achieve an adequate position and shape that lasts over time, and although a universal technique that can correct all defects has not been described, the superior and inferior-lateral pedicle mastopexy technique is an effective option for cases involving grade I and II ptosis, and mild or moderate mammoplasty. This technique can include the use of implants when you want to increase the volume and reinforce the firmness of the breasts.

In summary, this technique efficiently combines the superior and inferior-lateral pedicles with optimal results in terms of implant coverage, adequate projection, survival of the nipple-areola complex, and a superior pole that lasts over time.

## Introducción

La cirugía estética de los senos pertenece al grupo de procedimientos más ampliamente realizado por los cirujanos plásticos a nivel nacional e internacional, siendo la técnica de mastopexia uno de los más relevantes debido a que busca restaurar tanto la forma como la firmeza de los senos, luego de pasar por eventos como el embarazo, la lactancia, las pérdidas de peso e incluso el proceso normal de envejecimiento corporal, que dejan como secuela la ptosis mamaria<sup>1</sup>.

El diagnóstico de ptosis mamaria tiene relación directa con la relajación y el descenso de las estructuras ligamentarias que dan el soporte a la mama y que se manifiestan como excesos cutáneos y glandulares en los cuadrantes inferiores, un menor volumen en el polo superior y en consecuencia, una forma descendida y alterada, sin una adecuada proyección<sup>1-3</sup>.

Los objetivos que se pretenden alcanzar cuando se realiza una mastopexia a pedículos superior e infero-la-

teral, incluyen el lograr una forma, una proyección y una firmeza que sean adecuadas para cada paciente. En síntesis, que se recupere la armonía de los senos mediante un procedimiento quirúrgico fácil, seguro y que perdure en el tiempo.

Múltiples técnicas de mastopexia han sido descritas, y en ellas se ha incluido el uso de diversos pedículos, dispositivos e implantes como alternativas para lograr una adecuada posición, forma y firmeza de los senos que sea perdurable en el tiempo<sup>3-5</sup>. La mayoría de las técnicas incluyen el patrón de Wise en su diseño, lo que permite que puedan realizar colgajos a pedículo superior, supero-medial, infero-lateral e inferior sin dificultad, permitiendo una mejor distribución del tejido y una adecuada elevación del complejo areola-pezones (CAP)<sup>6,7</sup>. Aunque no se ha descrito una técnica universal que pueda corregir todos los defectos, la técnica de mastopexia a pedículos superior e infero-lateral constituye una opción eficaz para ptosis grado I y II, e incluso, al ser combinada con implantes permite incluir ptosis grado III<sup>8,9</sup>. Además, puede ser utilizada en mamoplastias de reducción leves o moderadas, en las que el desplazamiento hacia arriba del complejo areola-pezones sea posible de acuerdo con las condiciones del tejido glandular<sup>10</sup>.

El patrón descrito por Robert Wise ha experimentado diversas modificaciones en los últimos años y tuvo en cuenta el proceso de confección del brasier femenino que destaca la forma cónica del seno. De igual manera, el patrón cutáneo involucra no solo la talla del seno sino las relaciones con la circunferencia y la angulación del tórax<sup>10</sup>. El patrón clásico de *T* invertida tiene dos vertientes, una horizontal y otra vertical, con un modelo en «ojo de cerradura» que en el polo superior deberá albergar el complejo areola-pezones (CAP)<sup>11</sup>.

La técnica sugerida combina eficientemente los pedículos superior e infero-lateral, siendo en el colgajo superior donde se ubica el complejo areola-pezones, mientras que el colgajo infero-lateral es el encargado de brindar una adecuada proyección y un buen soporte a la mama, porque al fijarse al pericondrio de las costillas cuarta, quinta o sexta, minimiza la proyección y el volumen que pueda tener la cola de Spencer y distribuye armónicamente el tejido dermo-glandular en los cuadrantes inferiores.

## Reporte de los casos

### *Elección de pacientes*

La técnica a pedículos superior e infero-lateral contempla dentro de sus posibilidades la resección de volúmenes dermo-glandulares de hasta 300 g y la movilización ascendente del CAP no superior a 6 cm, con el propósito de evitar con la plicatura problemas vasculares en el colgajo superior. De igual forma, esta técnica permite obtener resultados muy satisfactorios en mamas con ptosis grados I y II; sin embargo, al realizarla con implantes y dependiendo de la densidad mamaria, se pueden incluir incluso pacientes con ptosis grado III.

### *Técnica de marcación preoperatoria*

La marcación de la paciente se realiza en posición de bipedestación o sentada; luego se señalan los puntos de referencia teniendo en cuenta el patrón de Wise, cuya forma es similar a un «ojo de cerradura», el cual alojará el CAP. Para este efecto, es importante definir puntos específicos como la horquilla esternal, la línea media del tórax, los meridianos de la mama y el pliegue inframamario. De esta manera, se pueden establecer los puntos claves de la cirugía; en especial, la nueva posición del CAP.

Inicialmente se dibuja la línea media esternal, luego el meridiano en cada seno, partiendo de la clavícula hasta el punto central de la areola y el pliegue submamario. La posición ideal de la areola debe ser marcada teniendo en cuenta el surco submamario, maniobra que se puede hacer con calibradores o con la mano libre. Las vertientes descendentes del patrón de Wise deben ser dibujadas con un rango de 4 a 6 cm; esta última medida puede variar según sea el tamaño de la mama.

El ángulo del ápex debe corresponder, en promedio, a 60° y puede ser ampliado o reducido de acuerdo con el volumen glandular. En mamas de base ancha puede llegar a ser de 70°, pero es tradicional en mamas de amplitud normal que tenga alrededor de 50°. Luego se deben unir las vertientes descendentes del patrón de Wise con la línea del pliegue inframamario. De igual manera, esta línea inferior no debe cruzarse con la línea media esternal pero puede extender lateralmente evitando la presencia de secuelas como las «orejas de perro».

### Procedimiento quirúrgico

La cirugía se realiza bajo anestesia general, en decúbito supino y con los brazos abiertos.

1. El procedimiento comienza marcando con azul de metileno los puntos claves del patrón de Wise.
2. Luego mediante la maniobra de Schwarzman se realiza la desepidermización peri e infra-areolar por dentro del patrón de Wise, respetando el área del CAP (figura 1).
3. Con el electrobisturí se procede a tallar el colgajo infero-lateral en la zona desepidermizada mediante incisiones que van de superior a inferior hasta el pliegue submamario, con el fin de liberar el colgajo. Idealmente se procede a realizar, si es el caso, el bolsillo receptor del implante en el plano subfascial pectoral. En todo caso asegurando una adecuada hemostasia.
4. Después de realizar un bolsillo suficiente, se acomoda el implante y se procede a cubrirlo mediante la rotación del colgajo infero-lateral y su fijación al pericondrio de la cuarta o quinta costillas mediante un punto de material no absorbible, muy cerca de las uniones condrocostales. De esta ma-

nera se asegura la proyección adecuada del polo superior de la mama (figuras 2-4).

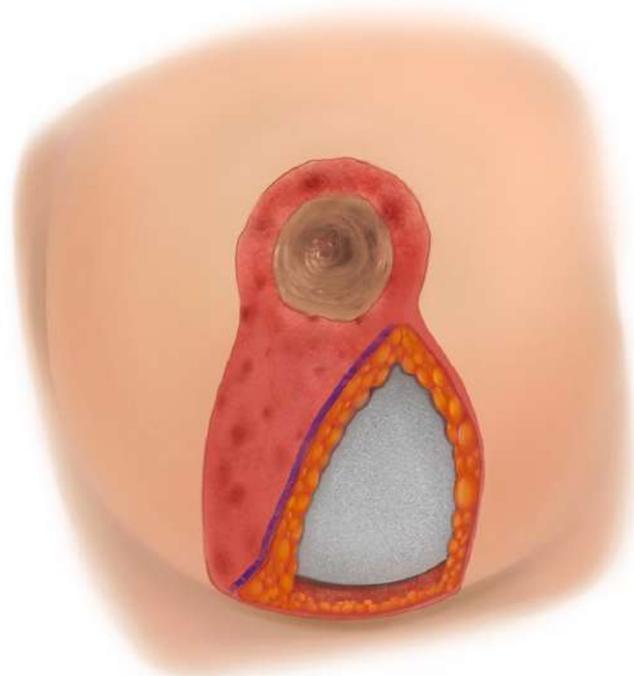


Figura 2. Tallado del colgajo infero-lateral e inserción del implante

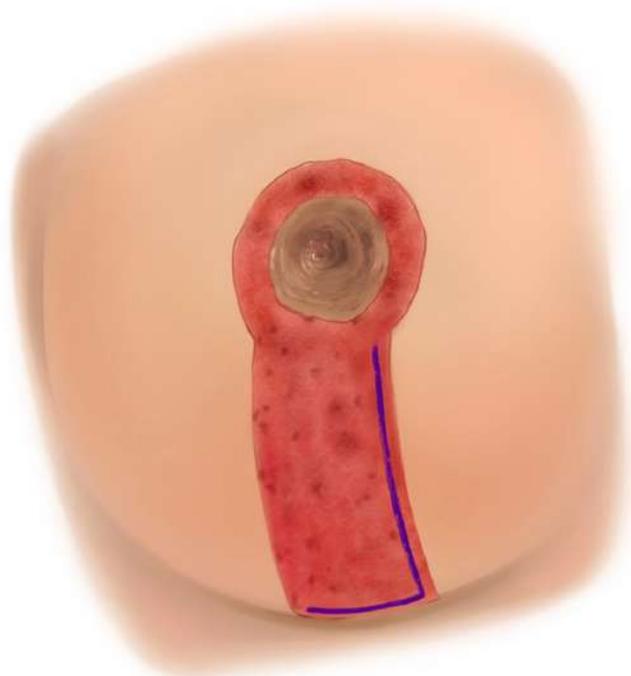


Figura 1. Desepidermización peri e infra-areolar. Marcación de colgajo infero-lateral.

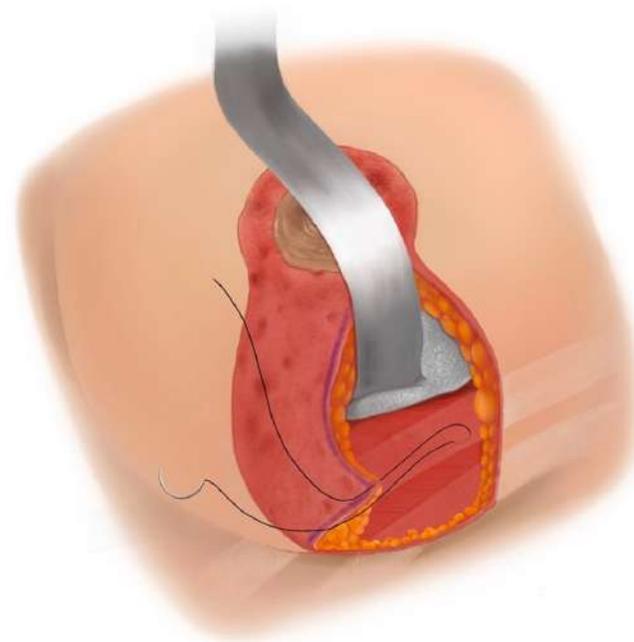


Figura 3. Rotación del colgajo y fijación al pericondrio costal

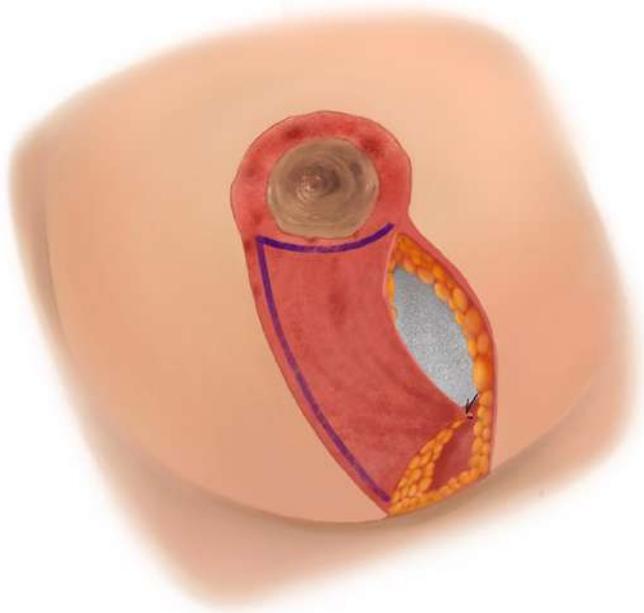


Figura 4. Resultado de la fijación del colgajo al pericondrio costal

5. Luego se libera el colgajo superior que permitirá el ascenso del CAP sin tensiones ni compresiones, evitando así su sufrimiento (figura 5).

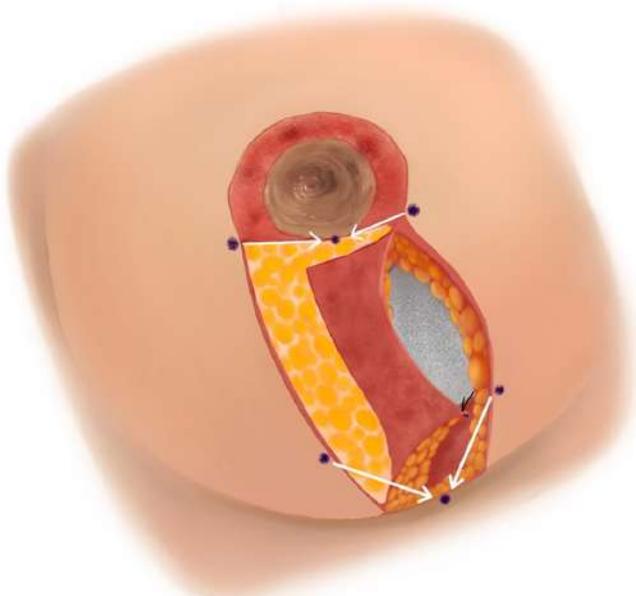


Figura 5. Liberación de la tensión del colgajo superior e infero-lateral para permitir el ascenso del CAP

6. Debido a la amplia disección tisular al realizar el bolsillo receptor del implante se considera pertinente el uso de drenajes al vacío, los cuales contribuirán a minimizar las posibilidades de desarrollar un hematoma o un seroma y, a largo plazo, prevenir el encapsulamiento de los implantes mamarios.
7. Una vez liberado el colgajo superior, se realizan los puntos de fijación del CAP y se afrontan medialmente las vertientes vertical y horizontal del patrón de Wise. Posteriormente, se retiran lateral y medialmente los excesos dermoglandulares, minimizando así, secuelas como las «orejas de perro» (figura 6).

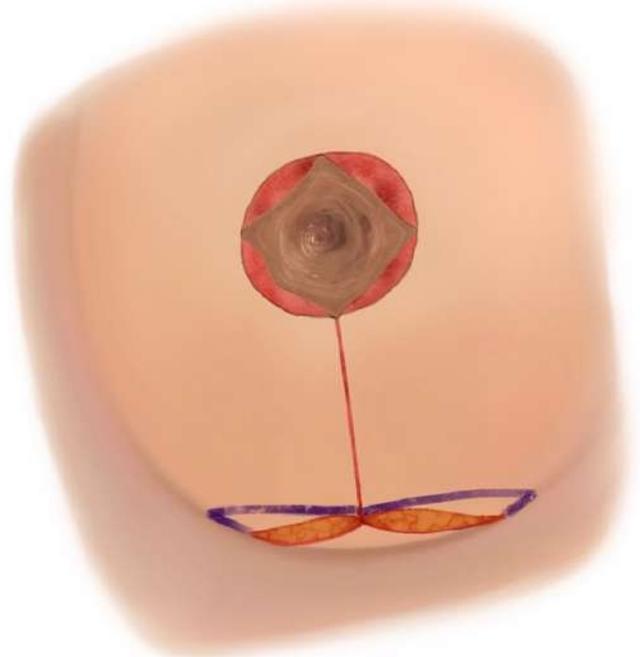


Figura 6. Cierre por planos y resección de las «orejas de perro»

8. Por último, se realiza el afrontamiento de los planos subcutáneo y cutáneo con suturas de tipo monofilamento y se finaliza con la curación, mediante apósitos que preserven la asepsia y favorezcan el proceso de cicatrización.

## Resultados

A continuación, se ilustran dos casos de pacientes en quienes fue utilizada la técnica descrita.

Caso 1: Figuras 7A-7D

Caso 2: Figuras 8A-8D



Figura 7A. Caso 1: Vista anterior preoperatoria



Figura 7D. Caso 1: Vista lateral posoperatoria



Figura 7B. Caso 1: Vista lateral preoperatoria



Figura 8A. Caso 2: Vista anterior preoperatoria



Figura 7C. Caso 1: Vista anterior posoperatoria



Figura 8B. Caso 2: Vista lateral preoperatoria



Figura 8C. Caso 2: Vista anterior posoperatoria



Figura 8D. Caso 2: Vista lateral posoperatoria

## Discusión

En la historia de la cirugía de la mama las técnicas de mastopexia han tenido múltiples exponentes pero el elevado índice de recurrencia de la ptosis ha suscitado la investigación constante en busca de resultados posoperatorios que perduren en el tiempo<sup>14,15</sup>.

Liacyr Ribeiro en 1975<sup>12,13</sup> y L. H. Robbins en 1977 describieron y utilizaron las técnicas con pedículo inferior para las grandes hipertrofias y ptosis mamarias, teniendo distancias entre la hendidura esternal y las areolas demasiado largas para la supervivencia del CAP cuando se realizan colgajos a pedículo superior<sup>14,15</sup>. En realidad, tanto el plexo subdérmico como las ramas anteriores y laterales de las arterias intercostales han demostrado ser pilares de seguridad en diferentes técnicas, lo cual ha incrementado los beneficios en cuanto a resultados y al mantenimiento a largo plazo que pueden tener técnicas tradicionales como la de Strombeck (Bipediculado, 1960)<sup>16</sup>, Pitanguy (Pedículo superior, 1961)<sup>17</sup> y Skoog (Pedículo lateral, 1963)<sup>18</sup>. De hecho, a partir de su descripción, la técnica con pedículo inferior se ha convertido en una de las más utilizadas.

A lo largo de los años se ha observado que, en general, las técnicas con pedículo inferior anclado a la pared torácica «llean» la mama sin hacer parte final del peso; así, el tejido restante será más liviano, disminuyendo la posibilidad de nuevo descenso del polo inferior con migración secundaria del CAP hacia arriba. Adicionalmente, el pedículo inferior fijado al pericondrio costal brinda un mayor soporte y permite que el resultado persista en el tiempo<sup>19</sup>.

Los objetivos y retos que enfrenta el cirujano plástico con una técnica de mastopexia incluyen el lograr una forma, una proyección y una firmeza adecuadas para cada tipo de paciente. Estas metas pueden ser alcanzadas satisfactoriamente al realizar la técnica de mastopexia que combina un colgajo superior y uno infero-lateral, porque se asegura una buena cobertura del implante, una adecuada proyección, la supervivencia del CAP y un polo superior proyectado que se mantenga en el tiempo<sup>20</sup>.

## Conclusión

La mastopexia es considerada una de las intervenciones más difíciles, frecuentes y relevantes en cirugía plástica; aunque se reconoce la importancia de otras técnicas seguras que involucran, por ejemplo, el pedículo inferior o el superomedial, que muestran resultados estéticos satisfactorios que perduran en el tiempo. No obstante, estos mismos objetivos se han logrado con la técnica de pedículo superior e infero-lateral en pacientes

adecuadamente seleccionadas, con altas tasas de satisfacción y bajos índices de complicaciones.

## Referencias

1. Hidalgo, D. A., & Spector, J. A. (2013). Mastopexy. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 132(4), 642e-656e.
2. Gümüş, N. (2013). A versatile modification of dermoglandular hammock flap for mastopexy: extended hammock. *Journal of Plastic Surgery and Hand Surgery*, 47(4), 252-257.
3. Aquinati, A., Tuttolomondo, A., Ruocco, G., & Riccio, M. (2019). Improvement of superomedial breast reduction and mastopexy with a new "Hammock" flap. *Plastic and Reconstructive Surgery Global Open*, 7(7).
4. Flowers, R. S., & Smith, E. M. (1998). "Flip-flap" mastopexy. *Aesthetic plastic surgery*, 22(6), 425-429.
5. Kelemen, N., Kannan, R. Y., & Offer, G. J. (2013). A stacked technique of mastopexy: volume redistribution mastopexy with inferior flap and superomedially based pedicle. *Aesthetic plastic surgery*, 37(2), 349-353.
6. Kotti, B. (2018). "The Chignon Mastopexy": A Double Glandular Suspended Flaps for an Auto-Augmentation Effect. *Aesthetic Plastic Surgery*, 42(1), 80-87.
7. Kirwan, L., Wazir, U., & Mokbel, K. (2015). Breast auto-augmentation: a versatile method of breast rehabilitation—a retrospective series of 107 procedures. *Archives of Plastic Surgery*, 42(04), 438-445.
8. Sarosiek, K., Maxwell, G. P., & Unger, J. G. (2018). Getting the most out of augmentation-mastopexy. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 142(5), 742e-759e.
9. Öksüz, S., Ülkür, E., & Peker, F. (2015). Superior pedicle reduction mammoplasty supported with inferior pedicle chest wall-based flap: refinements to the technique. *Aesthetic plastic surgery*, 39(1), 69-77.
10. Calvert, J. W., Dickinson, B. P., Patel, A., & Brenner, K. (2011). Lateral breast flap with superomedial pedicle breast lift. *Aesthetic Surgery Journal*, 31(6), 658-666.
11. Bonomi, S., Salval, A., Settembrini, F., Gregorelli, C., Musumarra, G., & Rapisarda, V. (2012). Inferiorly based parenchymal flap mammoplasty: a safe, reliable, and versatile technique for breast reduction and mastopexy. *Plastic and reconstructive surgery*, 130(1), 116e-125e.
12. Ribeiro, L., Accorsi Jr, A., Buss, A., & Marcal-Pessoa, M. (2002). Creation and evolution of 30 years of the inferior pedicle in reduction mammoplasties. *Plast Reconstr Sur.* 2002 Sep1;110(3):960-70.
13. Ribeiro, L. (1975). A new technique for reduction mammoplasty. *Plastic and reconstructive surgery*, 55(3), 330-334.
14. Bonomi, S., Salval, A., Settembrini, F., Gregorelli, C., Musumarra, G., & Rapisarda, V. (2012). Inferiorly based parenchymal flap mammoplasty: a safe, reliable, and versatile technique for breast reduction and mastopexy. *Plastic and reconstructive surgery*, 130(1), 116e-125e.
15. Bricout, N. (2013). *Breast surgery*. Springer Science & Business Media.
16. Strombeck JO. Mammoplasty: report of a new technique based on the two-pedicle procedure. *Br J Plast Surg.* 1960; 13:79-90.
17. Pitanguy, I. (1967). Surgical treatment of breast hypertrophy. *British journal of plastic surgery*, 20, 78-85.
18. Skoog, T. (1963). A technique of breast reduction; transposition of the nipple on a cutaneous vascular pedicle. *Acta chirurgica Scandinavica*, 126, 453-465.
19. Ribeiro, L. (2009). *Pedículos en mamoplastia: atlas y texto*. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, CA.
20. Yilmaz, K. B. (2021). A modified superior pedicle mastopexy technique with an inferolateral-based auto augmentation flap. *Aesthetic Plastic Surgery*, 45(3), 884-892.

## Datos de contacto del autor

José Enrique Palacio Vélez, MD  
Correo electrónico: cxjosepal@gmail.com

# Mamoplastia de aumento a través de la historia

## *Augmentation mammoplasty through history*

RICARDO SALAZAR LÓPEZ, MD

**Palabras clave:** historia, implantes, mamas.

**Key words:** history, implants, breasts

### *Resumen*

*Se hace un recuento de las diferentes técnicas de aumento mamario a través del tiempo.*

### *Abstract*

*A recovery of different ways for breast augmentation through time.*

Durante la existencia de la humanidad uno de los factores que más han afectado la autoestima femenina es el del tamaño de sus senos. Esta situación ha generado una importante cantidad de métodos y formas, cuyo objetivo ha sido el de aumentar el volumen mamario. Se ha evidenciado que en múltiples casos se han efectuado de manera empírica hasta llegar a las actuales técnicas quirúrgicas todas ellas respaldadas por evidencias científicas y tecnológicas.

Independientemente del uso de métodos externos consistentes en utilizar materiales de relleno en las vestimentas, el primer caso descrito de tratamiento quirúrgico fue realizado por Vicent Czerny (Fig. 1) en el año de 1895 quien al reseca un fibroadenoma mamario y notar la asimetría de la paciente optó por reseca un lipoma de la misma paciente y utilizarlo como relleno para el defecto que quedó como secuela en el seno afectado<sup>1</sup>. Ante estos antecedentes se continuó con la inquietud de implementar tratamientos con el objetivo de aumentar el tamaño de los senos femeninos. Es importante resaltar que en 1916 Wrede utilizó grasa abdominal notando luego que había absorción de la misma. En el año de 1919 Lexer utilizó los injertos dermoepidérmicos y la experiencia adquirida le permitió recomendar el uso de los de tamaño pequeño evidenciando que los de gran tamaño se reabsorbían. Posteriormente Passot en 1930 inició la aplicación de injertos grasos, adicionando el uso de epiplón<sup>2</sup>.

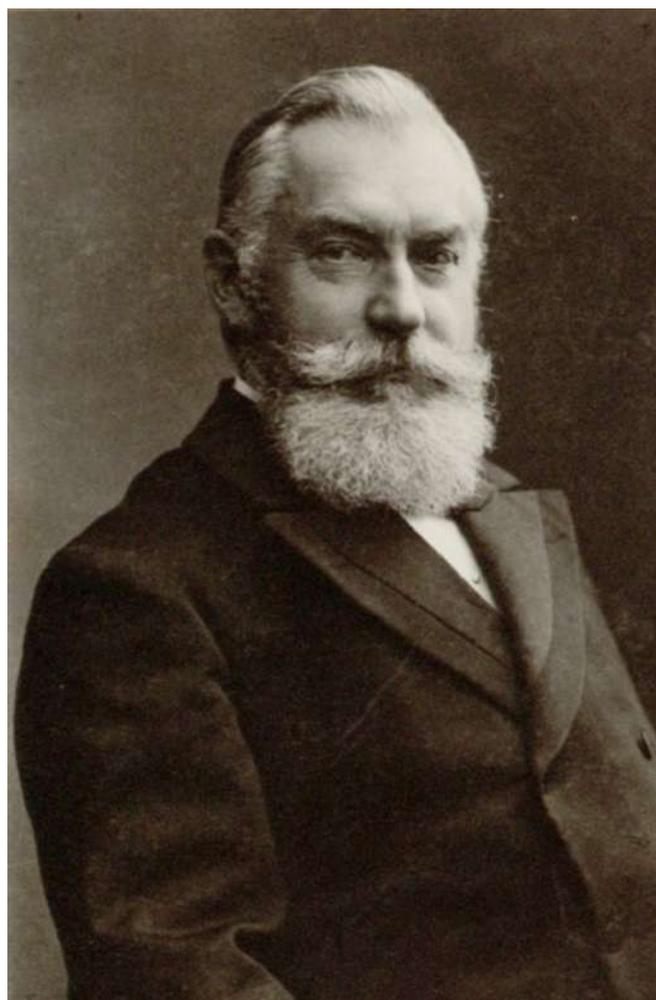


Figura 1. Vincent Czerny.

Recibido: 4 de noviembre 2023

Revisado: 9 de noviembre 2023

\* Expresidente de la S. C. C. P. Director de la Biblioteca de la Academia Nacional de Medicina.

Es importante anotar que por esta misma época pese a que los tratamientos quirúrgicos continuaron, se dio comienzo a la inyección de diferentes sustancias con el mismo propósito. Es así como en 1899 Gersuny inició las inyecciones de parafina posteriormente popularizadas, difundándose ampliamente sin que se valoraran sus efectos adversos ni sus complicaciones. Esta conducta ocasionó una cifra muy significativa de complicaciones y de muchos casos con unos muy desfavorables resultados<sup>3</sup>.

Posteriormente Goldwyn describió detalladamente la inyección de parafina líquida y sus efectos posteriores no solamente causados por el rechazo y las diferentes secuelas sino también por las lesiones tisulares generadas por la alta temperatura de esta sustancia al ser inyectada<sup>4</sup>. Las secuelas de estos procedimientos fueron muy impactantes en la población en general y su uso fue posteriormente suspendido. Goldwyn lo definió como “*Del milagro a la catástrofe*” ya que la parafina no solamente causaba lesiones granulomatosas, sino que también se presentaron casos de necrosis cutáneas, nódulos, y en varios casos accidentes embólicos tanto pulmonares como cerebrales, estas y otras múltiples complicaciones causaron que su uso fuera suspendido y sus secuelas generaron el término de “*parafinomas*”.

Como materiales de relleno también se utilizaron el ébano y el marfil, sin que sus resultados tampoco fueran favorables, sin embargo la inquietud de utilizar sustancias inyectables con el objetivo de aumentar el volumen mamario continuó y es entonces cuando se introducen los materiales plásticos los cuales fueron utilizados en sus diferentes formas y presentaciones (Fig. 2), destacándose el Nylon, la espuma de polietileno, el poliuretano, metilmetacrilato, resinas acrílicas, polistán, resinas acrílicas, eterón, esponja de polivinilo cuyos resultados no siempre fueron satisfactorios y en múltiples casos presentaron complicaciones, en su mayoría por rechazo, infección, reacciones granulomatosas. Esto cuestionó su uso y disminución de su aplicación<sup>2</sup>. Luego se utilizó el silicón (*Dimetilpolisiloxano*) sustancia que al parecer fue mejor tolerada y sus complicaciones disminuyeron significativamente. Este material se continuó utilizando durante varios años y sus resultados fueron publicados por **Conway y Smith** en el año de 1963<sup>5</sup>, detallando su inyección en la zona retroglándular. Los resultados de esta técnica justificaron su uso ya que no siempre se



Figura 2. Anuncio inyecciones mamarias.

mantenía la forma ni la contextura deseada y posteriormente las complicaciones también aparecieron, siendo las más frecuentes la de los múltiples nódulos, las fistulas, infecciones y en algunos casos el rechazo. Ante estas circunstancias se planteó la posibilidad de continuar utilizando estos materiales los cuales se aplicarían con más seguridad insertándolos dentro del tejido mamario pero en estado sólido, y con forma definida lo que permitiría mejor control y valoración de resultados y es así cuando **Pangman**<sup>6</sup> en el año de 1951 utilizó la esponja de ivalón por primera vez para lograr un adecuado aumento mamario. En 1956 **Thomas Rees** la utilizó, permitiendo una mejor forma de valoración y control, y su uso continuó y permitió un progreso en las diferentes alteraciones y necesidades de las pacientes. De la misma manera permitió un adecuado manejo de las diferentes complicaciones y resultados desfavorables<sup>2</sup>.

En el año de 1964 **Thomas D. Cronin (Fig. 3)** en un congreso de Cirugía Plástica en Amsterdam presentó un trabajo titulado *Augmentation Mammoplasty: a New "natural feel" prosthesis* donde presentó implantes de silicona con cápsula sólida y contenido de gel de silicón. Estas prótesis tuvieron aceptación y su uso se difundió ampliamente. Después Cronin publicó un artículo resaltando la técnica quirúrgica tanto subglandular como retromuscular, las indicaciones, el seguimiento y control de los pacientes. Igualmente detalló las posibles complicaciones como: seroma, infección, hematoma, malposición, contractura capsular, extrusión del implante y las diferentes conductas y recomendaciones de manejo en cada caso<sup>7</sup>.



Figura 3. Thomas D. Cronin.

En el caso de la contractura capsular se definió que las prótesis como todo elemento extraño que se introdujera en el organismo, generaría una reacción, la cual consistía en la formación de una cápsula de tejido conectivo que se adhería a la prótesis hasta lograr su cobertura completa y dependiendo de las características de la cubierta de elastómero de silicón, se producía una contracción de la cápsula de tejido conectivo, la que podía en algunos casos alterar la forma de la prótesis.

Posteriormente ante la tolerancia de estos materiales se diseñaron diferentes formas y tamaños de los implantes, de la misma manera también se inició el uso de implantes inflables los cuales permitían diseñar un adecuado volumen para cada caso, los progresos de estas tecnologías continuaron avanzando y de acuerdo a las diferentes experiencias se anexaron a los implantes mallas posteriores las cuales permitirían una mejor adherencia a la pared torácica. Igualmente se modificaron diferentes clases de cobertura todas ellas con el objetivo de favorecer su posicionamiento y controlar la posible contractura capsular.

Como todo procedimiento quirúrgico también se presentaron complicaciones tales como rechazo, infección, extrusión, asimetría y desarrollo de diferentes enfermedades las cuales se han estudiado en cada caso, solamente se ha implementado un adecuado seguimiento y control de las diferentes pacientes.

## Referencias

1. Czerny, V. Plastic replacement of the breast with a lipoma. *Chir. Kong Verhandl.* 1895; pp. 2216.
2. Coiffman F. Texto de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. 1986;11:958.
3. Glicestein J. Histoire de l'augmentation mammaire, *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique.* 2005;50:337-349.
4. Goldwyn RM. The paraffin story. *Plastic and Reconstructive Surgery.* 1980;65, 517-524.
5. Conway, H, Goulian, D. Experience with an injectable Silastic RTV as a subcutaneous prosthetic material *Plastic and Reconstructive Surgery* 1963;32:296.
6. Converse, *Reconstructive Plastic Surgery.* Saunders 1977;7:3696.
7. Cronin T., Brauer R. Augmentation Mammoplasty. *The surgical Clinics of North America* april 1971;51(2):441-469.

## Datos de contacto del autor

Ricardo Salazar López, MD  
Correo electrónico: risalazarl@gmail.com

## Luis Fernando Peña González

CARLOS ENRIQUE RAMÍREZ RIBERO, MD.



Fernando Peña entre sus excompañeros de residencia: Santiago Umaña q.e.p.d y Carlos Ramírez.

Es con profunda tristeza que compartimos la noticia del fallecimiento inesperado de nuestro compañero Luis Fernando Peña González, quien nos dejó el 2 de septiembre. Su partida creó un gran vacío en la comunidad médica y en los corazones de todos los que tuvimos el privilegio de ser sus amigos y colegas.

Luis Fernando “Fercho” como lo llamábamos coloquialmente era un profesional excepcional que dedicó su vida a la excelencia en cirugía plástica. Nació en Bogotá el 10 de febrero de 1948. Estudió primaria y bachillerato en el Gimnasio Boyacá. Cursó medicina en la Universidad Javeriana y fue nuestro compañero de posgrado en el servicio integrado de los hospitales San José, Militar e infantil Lorencita Villegas de Santos recibiendo el título de cirujano plástico de la Universidad del Rosario.

Ejerció su profesión en Bogotá y trabajó durante 43 años en la Clínica del Country, que fue su segundo hogar. Su habilidad quirúrgica, su mente brillante y su amor por

la profesión y por sus pacientes le permitieron reconstruir vidas y restaurar esperanzas.

Además de ser un médico excepcional, Luis Fernando era un amigo leal y un ser humano compasivo. Siempre dispuesto a brindar apoyo a quien lo necesitara. Su cálida sonrisa y su sentido del humor eran reconfortantes y cada vez que nos encontrábamos renovábamos esa hermandad que se adquiere para siempre durante los difíciles pero hermosos años de la residencia.

Cuando tenía tiempo libre lo dedicaba a su finca, a montar a caballo y a pescar. Pero su debilidad principal fueron sus nietos y su familia.

Acompañamos en el dolor a su esposa Carmen Sofía Cuéllar, a sus hijos: Camilo, Alejandro, Juanita y Natalia, demás familiares, amigos, colegas y pacientes en este momento de tristeza y pérdida.

Descansa en paz, querido amigo, tu luz brillará siempre en nuestros corazones.

## TESTIMONIO GRÁFICO

# XXII Curso Internacional de Cirugía Plástica-Estética SCCP. Cali, 2023

En el Centro de convenciones del Pacífico tuvo lugar el gran evento anual de la Sociedad entre los días 13 y 16 de septiembre.

## Comité organizador



Comité organizador del XXII Curso internacional SCCP: Andrés Felipe Díaz (tesorero), William Jiménez (vicepresidente), Saad Salim Barhoum Farai (presidente), Francisco Villegas (presidente honorario), y Santiago Aguilera (director científico).



Sede. Centro de eventos Valle del Pacífico.

## Junta Directiva Nacional SCCP



Ernesto Barbosa (vocal expresidente), Alfredo Patrón (fiscal), Damaris Romero (secretaria ejecutiva), María Isabel Cadena (presidenta), Tatiana García (tesorera), Freddy Rodríguez (secretario general), Álvaro Arana (vicepresidente)



Los doctores: María Isabel Cadena presidenta e la SCCP y Saad Barhoum, presidente del XXII Curso, lo instalan.



Residentes. Los primeros en el módulo de acreditaciones.



Sesión inaugural: Marcela Cabal (moderadora), Ricardo Salazar (Importancia histórica de la cirugía plástica), Jorge Arturo Díaz (Medio siglo de cirugía estética en Colombia), Alfredo Patrón (Cómo ser miembro de la SCCP), Diego Caycedo (Ética y redes sociales).



Marketing y liderazgo: Lina Triana (Cómo ser un líder en cirugía plástica), Juan Esteban Sierra (Cómo ser referente a través de tu marca personal), Minyor Abellaneda (Pilares para marketing digital del cirujano plástico), Javier Soto (Por qué tener redes sociales), Leidy Bermúdez (5 puntos de la historia clínica en una demanda).



Panel: Mínima invasión: William Fernández (moderador), Diana Zapata (Prevención de complicaciones), Boris Henríquez (Diseño de la mirada), Ricardo Manzur (Toxina botulínica y ácido hialurónico), Tatiana García (Hilos tensores), Álvaro Arana (Sustentación del tejido mamario), Nora Stanford (Lifting subdérmico).



Homenaje a Felipe Coiffman y presentación del libro, por Tito Tulio Roa y Jorge Cantini.



Almuerzo del Consejo de educación de la SCCP.



Colegaje y alegría en la celebración del primer día.



Integración y fraternidad en “La Tinaja”, Anibal Ramírez y Francisco Villegas, Freddy Rodríguez, Álvaro Arana (anfitrión), Alfredo Patrón e Ignacio Córdoba con sus esposas.



Sesión mama: Thiago Cavalcanti (Brasil, Evaluación y plan), Humberto Uribe (Bogotá, Aumento incisión reducida), Bernardo Krulig (Bogotá, Mastopexia), Jenifer Gaona (Bogotá, Estabilización mastopexia), Lina Rodríguez (Bogotá, Mastopexia secundaria), César Kelly (Brasil, Soporte y protección).



Mama II. Andrés Díaz (Cali), Bernardo Krulig (Bogotá), Oswaldo Saldanha (Brasil), William Jiménez (Cali), Humberto Uribe (Bogotá), Salim Barhoum (Cali), Jesús Centeno (España), Carlos Roxo (Brasil), Thiago Cavalcanti (Brasil), Álvaro Arana (Cali).



Cirugía facial. Jorge Cantini (Moderador), Fausto Viterbo (Mentoplastia sin implante ni osteotomías), Lorne Rosenfield (Blefaroplastia superior), Decio Portella (Lifting facial, Bola de Bichat), Salim Barhoum (presidente del curso).



La presidenta de la Sociedad, María Isabel Cadena, abre la ceremonia de nombramiento a nuevos miembros honorarios y aceptación de los nuevos miembros de número de la SCCP.



Nuevos miembros juran lealtad a la Sociedad y respeto a sus estatutos.



Exhibición de diplomas.



Nuevos miembros Honorarios: Samith Nazif, Israel Ramírez, Manuela Berrocal, Alfredo Londoño, Magdalena Lozano, Julio Giraldo, Jorge Rojas, Carlos Barbato, William Gutiérrez, Alonso Linares, Ruth Cárdenas, Federico Vélez.



Ricardo Manzur recibe reconocimiento a toda una vida dedicada a la especialidad y a la Sociedad. Le hacen entrega del pergamino: María Eugenia Medina, Freddy Rodríguez (secretario general, SCCP) y Álvaro Arana (vicepresidente SCCP).



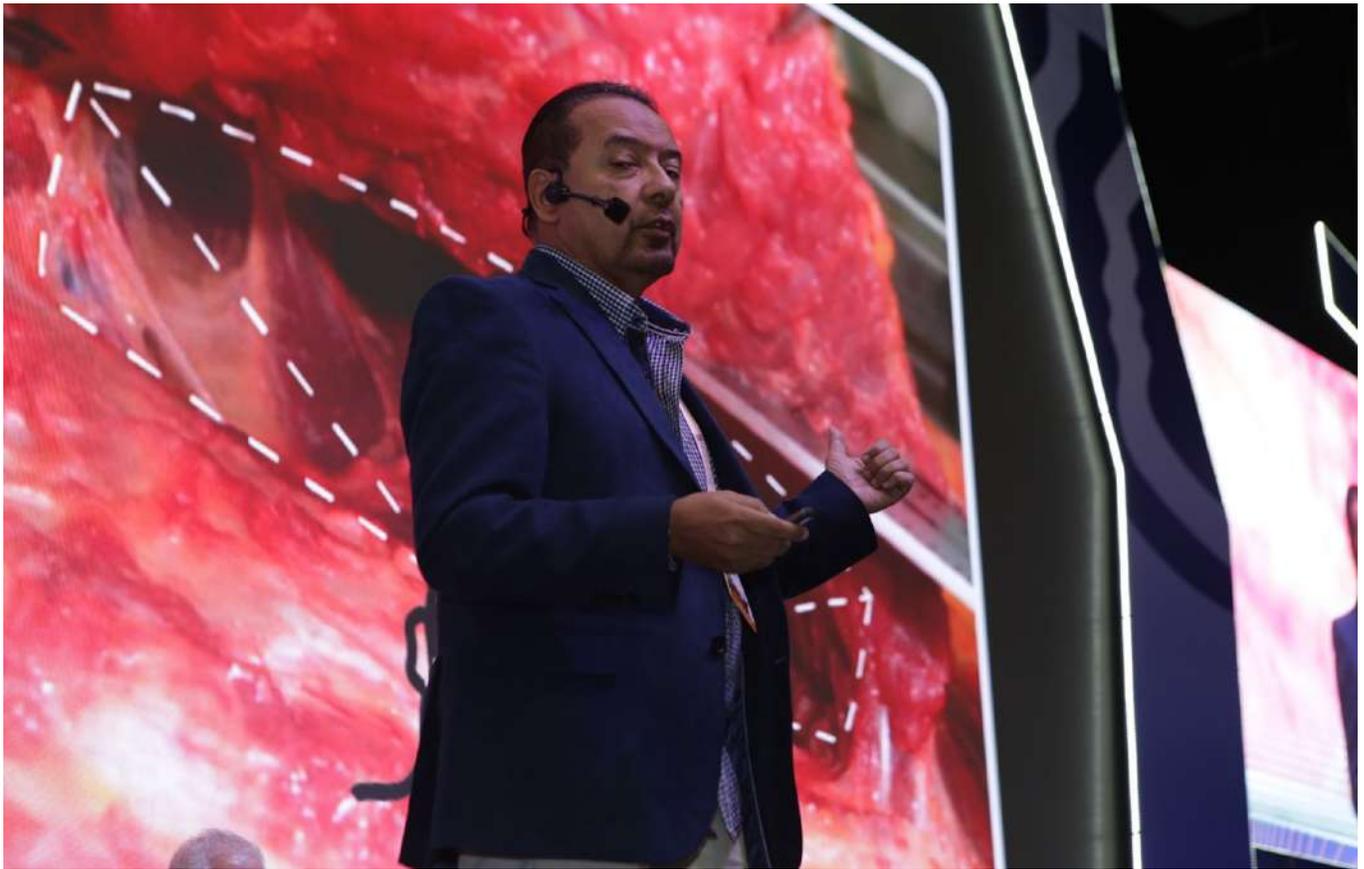
Complacidas, Damaris Romero, María Isabel Cadena y Tatiana García, secretaria ejecutiva, presidenta y tesorera, respectivamente de la SCCP.



Noche del jueves 14. Gran ambiente con la presentación del Festival Petronio Álvarez.



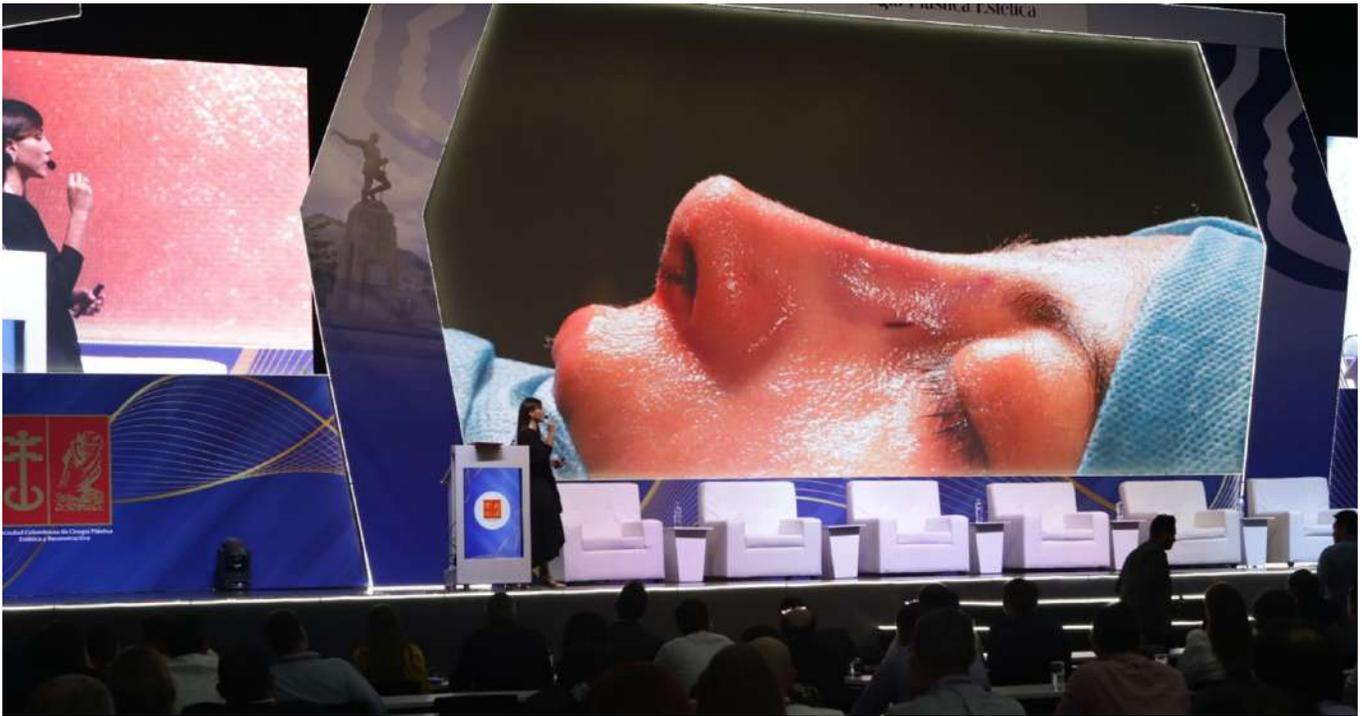
El presidente honorario del Curso, Francisco Villegas y Jorge Arturo Díaz, director de la Revista.



Freddy Rodríguez: Reconstrucción con implantes glúteos tras retiro de biopolímeros.



David Guarán presenta: Manejo quirúrgico de los biopolímeros.



Sandra Ortega: Rinoplastia con injerto de costilla.



Emmanuel Flores de México: Evolucionando el contorno corporal.



Veteranos distinguidos de la SCCP: Manuela Berrocal (Cartagena, expresidenta FILACP), Gabriel Alvarado y Celso Bohórquez (Bogotá, exdirectivos nacionales), Ricardo Salazar (Bogotá, expresidente e historiador oficial de la Sociedad).



Módulo contorno corporal I. Bajo la imagen de la doctora Lidya Masako; expositores y organizadores: Andrés Díaz, Juan Pedro verdugo, William Jiménez, Hugo Aguilar, Carol May, Giovanni Mera (moderador), Salim Barhoum, Mauricio Viaro, Francisco Pérez, Ignacio Córdoba (moderador), Hugo Sacristán.



Módulo de contorno corporal II. William Jiménez (vicepresidente del Curso), Carlos Roxo, Cirugía posbariátrica, Salim Barhoum (presidente del curso), Humberto Uribe (participante), Oswaldo Saldanha (Definición abdominal), Thiago Cavalcanti (Sutura barbada), Mauricio Viaro (Definición muscular verdadera) y Ricardo Barbaitis (Refinamientos del contorno).

Andrés Díaz (moderador) felicita a Francisco Villegas por su conferencia: Retiro de biopolímeros en cara. Jorge Cantini (secretario) aplaude.



Damaris Romero, secretaria ejecutiva SCCP, explica su técnica de mamoplastia reductiva.



Los jóvenes posan en el salón comercial.



Noche de "Delirio".

Tatiana García, tesorera de la SCCP con dos bailarinas, bajo las emblemáticas tres cruces.



La estética de la salsa caleña.



Álvaro Arana, vicepresidente de la SCCP reflexiona.



Alfredo Patrón, El fiscal de la SCCP, observa detenidamente.



Rosalba Bejarano, Andrés Felipe Ospina, Álvaro Villegas y Miguel Ángel Rodríguez.



Carol May enfatiza en la ultradefinición muscular. Juliana Aguirre da “tips” de seguridad en abdominoplastia. Lina Rodríguez, estabiliza los implantes. Laura Cala matiza la liposculptura femenina.



Nicolás Guerrero, Paola López, Carlos Alberto Pérez, Paola Castiblanco, María Fernanda Vergel, Mauricio Soler, Julián Meneses y Daniel Andrés Medina.



El último día, Francisco Pérez de México: Evolucionando desde el Fake hasta el look natural en liposucción.



Próxima cita, Cartagena marzo 16 y 17 de 2024. III Simposio colombiano, Seguridad del paciente.

## INFORMACIÓN A LOS AUTORES

La Revista Colombiana de Cirugía Plástica y Reconstructiva es la publicación científica oficial, semestral, de la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva, SCCP. Para el envío de artículos deben atenderse las siguientes pautas:

### 1. Aspecto general

La decisión de aceptar, revisar y publicar es potestad de los editores, y esto puede incluir resumir el artículo, reducir el número de ilustraciones, tablas y referencias, cambiar la redacción, o acompañar con artículos de discusión.

Los trabajos deben ser originales, inéditos y exclusivos para la Revista. Una vez publicados su reproducción deberá contar con aprobación del editor y crédito a la Revista.

El contenido de los trabajos, procedencia de las fotografías, las ilustraciones y demás puntos de vista son de exclusiva responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente los del Comité Editorial de la Revista Colombiana de Cirugía Plástica y Reconstructiva ni de la SCCP.

Los manuscritos deben enviarse vía E-mail, a: direccionrevista.sccp@cirugiaplastica.org.co, jadir45@gmail.com y en CD a Revista Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica y Reconstructiva; Calle 127 # 16A-76 Oficina 304 Bogotá, D.C. Colombia. El autor debe guardar copia del material enviado. Los artículos serán sometidos al arbitraje por pares con sistema doble ciego. Indispensable, carta de solicitud declarando originalidad, no conflicto de intereses, aprobación institucional y de todos los autores.

### 2. Preparación de manuscritos

- 2.1. Los manuscritos deben venir en el programa Word de Windows. El material fotográfico, dibujos y tablas deberán grabarse en archivos separados (JPEG, GIF o TIFF) y referenciarse dentro del documento escrito. Todo el trabajo deberá enviarse en un disco compacto (CD) de datos.
- 2.2. Cada componente debe ir en página separada y se ordenará de la siguiente forma: a) título, b) palabras clave, c) key words, c) resumen, d) abstract, e) texto, f) agradecimientos, g) bibliografía, h) tablas y figuras.
- 2.3. El título sucinto y que refleje la esencia del trabajo, seguido por los nombres de autor y colaboradores, con los respectivos títulos académicos y la institución a la cual pertenecen.
- 2.4. Escribir nombre, identificación y dirección del autor responsable de la correspondencia así como su correo electrónico. Así mismo, especificar las fuentes de ayuda para la realización del trabajo, sea en forma de subvención, equipos o medicamentos.
- 2.5. Las palabras claves identificarán el tema y advierten los tópicos tratados.
- 2.6. El resumen debe constar máximo de 200 palabras, incluyendo propósitos, procedimientos básicos, hallazgos y conclusiones. Concreto, impersonal, sin abreviaturas, excepto unidades de medida.
- 2.7. El texto seguirá este orden: introducción, materiales y métodos, resultados, discusión y conclusiones.
- 2.8. El abstract, traducción del resumen al Inglés es indispensable.
- 2.9. Los agradecimientos se harán en formato muy breve, mencionando únicamente el nombre y el motivo.
- 2.10. La bibliografía se numerará en orden de aparición de las citas en el texto, encerrado el número entre paréntesis, al final del

párrafo correspondiente. Este número indica al orden de la bibliografía al final del artículo.

a) En caso de revistas: apellidos e iniciales del nombre del autor y sus colaboradores; después de los tres primeros puede resumirse: «et al» o «y col». Título completo del artículo, nombre de la revista abreviado según estilo del Index Medicus; año de publicación, volumen, páginas inicial y final. Para el uso de mayúsculas y puntuación sígase el ejemplo: Jelks GW, Smith B, Bosniak S, et al. The evaluation and management of the eye in the facial palsy. *Clin Plast Surg* 1979; 6: 397-401.

b) En caso de libro: apellidos e iniciales de todos los autores; título del libro; edición; ciudad; casa editorial; año; páginas inicial y final. Para el uso de mayúsculas y puntuación, sígase el ejemplo: Kirschbaum S. Quemaduras y Cirugía Plástica de sus secuelas. 2.a ed. Barcelona; Salvat Editores, 1979: 147-165.

c) En caso de capítulos de libros: apellidos e iniciales de los autores del capítulo; título del capítulo; autores y editores del libro; título del libro; edición; ciudad; casa editorial; año; páginas inicial y final. Para el uso de mayúsculas y puntuación sígase el ejemplo: Kurzer A, Agudelo G. Trauma de cabeza y cuello. Facial y de tejidos blandos, en: Olarte F, Aristizábal H, Restrepo J, eds. *Cirugía*. 1ª ed. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 1983: 311-328. En la sección de bibliografía no se debe citar comunicaciones personales, manuscritos en preparación y otros datos no publicados; estos se pueden mencionar en el texto, colocándolos entre paréntesis.

2.11. Las tablas y cuadros se denominarán «tablas», y llevarán numeración arábica en orden de aparición; el título correspondiente debe ir en la parte superior de la hoja y las notas en la parte inferior. Los símbolos para unidades deben aparecer en el encabezamiento de las columnas.

2.12. Las fotografías, gráficas, dibujos y esquemas se denominarán «figuras», se enumeran según orden de aparición, incluyendo la respectiva leyenda para cada una. Cuando se trate del mismo caso se usará el número correspondiente seguido de las letras del alfabeto sucesivas, ejemplo: figura 1A, figura 1B, etc. Si una figura ha sido publicada, se requiere el permiso escrito del editor y el crédito a la publicación original. Igual en caso de personas identificables.

2.13. Las cartas al editor son comentarios cortos sobre algún material previamente publicado, u opiniones personales que se consideran de interés inmediato para la cirugía plástica; en este caso la comunicación debe llevar un título.

2.14. El título resumido de los artículos publicados aparece en la carátula y en las páginas impares interiores, por lo cual el autor debe sugerirlo.

2.15. La Revista Colombiana de Cirugía Plástica y Reconstructiva no asume responsabilidad por las ideas expuestas por los autores.

2.16. Para las citas bibliográficas la abreviatura de la Revista es Rev Colomb Cir Plást Reconstr.

## INFORMATION OF AUTHORS

The Colombian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery is the, semi-official scientific publication of the Colombian Society of Plastic and Reconstructive Surgery. The content of the works, origin of the photographs, illustrations and other points of view are the exclusive responsibility of the authors and do not necessarily reflect those of the Editorial Committee of the Colombian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery or of the SCCP. For sending papers should be addressed to the following guidelines:

### 1.0 General Aspects

The decision to accept, review and publish it power to publishers, and this may include summarize the article, reducing the number of illustrations, tables and references, rewording, or Serve with discussion papers.

Entries must be original, unpublished and exclusive to the Journal. Once published reproduction must have approval from the editor and credit to the Journal.

The content of the works, origin of the photographs, illustrations and other points of view are the exclusive responsibility of the authors and do not necessarily reflect those of the Editorial Committee of the Colombian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery or of the SCCP.

Manuscripts should be submitted via e-mail, to: direccionrevista.sccp@cirugiaplastica.org.co, jadir45 @ gmail.com and CD Magazine Colombian Society of Plastic and Reconstructive Surgery; Calle 127 # 16A-76 Office 304 Bogotá, DC Colombia. The author should keep copies of material submitted. Items will be subjected to peer review double-blind system. Indispensable application letter stating originality, no conflict of interest, institutional approval and all authors.

### 2.0. Preparation of manuscripts

- 2.1 Manuscripts should come in the Windows Word program. The photographs, drawings and tables should be recorded in separate files (JPEG, GIF or TIFF) and referenced in the written document. All work must be submitted on a compact disc (CD) data.
- 2.2. Each component must be on a separate page and be ordered as follows: a) title, b) keywords, c) key words, c) short, d) abstract, e) text, f) acknowledgments, g) bibliography, h ) tables and figures.
- 2.3. Concise title and reflect the essence of the work, followed by the names of the author and collaborators, with the respective academic degrees and the institution to which they belong.
- 2.4. Write name and address of the author responsible for correspondence and e-mail. Also, specify the sources of support for the performance of work in the form of grants, equipment or drugs.
- 2.5. The key words, identify the issue and warn the topics covered
- 2.6. The abstract should contain up to 200 words, including purposes, basic procedures, findings and conclusions. Specifically, impersonal, without abbreviations, except for units of measurement.
- 2.7. The text will follow this order: introduction, materials and methods, results, discussion and conclusions.
- 2.8. The abstract, the English translation of the summary is indispensable.

2.9. Acknowledgements will be in very short form, mentioning only the name and the reason.

2.10. The bibliography is numbered in order of appearance of the citations in the text, the number enclosed in parentheses, at the end of the corresponding paragraph. This number indicates the order of the bibliography at the end of the article.

a) In case of journals: surname and initials of the author and his collaborators; after the first three can be summarized: «et al» or «et al». Full title of the article, name of journal abbreviated according to Index Medicus style; year of publication, volume, first and last pages. For the capitalization and punctuation then follow the example Jelks GW, Smith B, Bosniak S, et al. The evaluation and management of the eye in the facial palsy. *Clin Plast Surg* 1979; 6: 397-401.

b) If the book: surnames and initials of all authors; title of the book; editing; city; publishing house; year; first and last pages. For the capitalization and punctuation, then follow the example Kirschbaum S. *Burns and Plastic Surgery of its aftermath*. 2nd ed. Barcelona; Salvat Editores, 1979: 147-165.

c) For book chapters: surname and initials of the authors of the chapter; chapter title; authors and book publishers; title of the book; editing; city; publishing house; year; first and last pages. For the capitalization and punctuation then follow the example Kurzer A, G. *Agudelo head and neck trauma*. Facial and soft tissue, in: Olarte F, H Aristizabal Restrepo J, eds. *Surgery*. 1st ed. Medellín: Editorial University of Antioquia; 1983: 311-328. In the bibliography should not cite personal communications, manuscripts under preparation and other unpublished data; these may be mentioned in the text by placing brackets.

2.11. Tables and charts «tables» will be denominated, and take Arabic numerals in order of appearance; the corresponding title should be at the top of the sheet and notes at the bottom. Symbols for units should appear in the column headings.

2.12. Pictures, graphics, drawings and schemes «figures» were properly named, are listed in order of appearance, including the respective caption for each. In the case of the same case the corresponding number followed by the letters of the alphabet successive, eg be used: 1A, 1B, etc. If a figure has been published, written permission from the editor and credit to the original publication is required. Like if identifiable persons.

2.13. Letters to the editor are short comments on some previously published material, or personal opinions that are considered of immediate interest for plastic surgery; in this case the communication must be labeled.

2.14. The summary of the articles published title appears on the cover and inside odd pages, so the author should suggest it.

2.15. The Colombian Journal of Plastic and Reconstructive assumes no responsibility for the ideas expressed by the authors.

2.16. For short citations of the journal is *Rev Colomb Cir Plast Reconstr*.



# IV SIMPOSIO SCCP 2024

## DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Conocimiento e innovación al servicio de los pacientes

En un mundo donde la seguridad del paciente es esencial en la atención médica, el IV Simposio de Seguridad del Paciente de la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva (SCCP) se presenta como una fuente destacada de conocimiento en esta área crítica. Este simposio, programado para los días 15 y 16 de marzo de 2024, en la hermosa ciudad de Cartagena, brinda una oportunidad única para la comunidad médica y académica.

Durante este evento, líderes y expertos en seguridad del paciente se reunirán para compartir experiencias y las mejores prácticas en este campo esencial. Los asistentes tendrán la oportunidad de participar en discusiones académicas y aprender de los mayores referentes en la materia.

Nuestra meta es elevar los estándares de seguridad en la cirugía plástica y, a través de este simposio, fomentar un entorno en el que la excelencia y la seguridad del paciente sean prioridades irrenunciables de la especialidad.

**María Isabel Cadena - MD**  
Presidente SCCP

¡No faltes a esta  
**importante cita!**

**MARZO 15 Y 16**  
Cartagena de Indias



# XXXIX CONGRESO

DE LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGÍA  
PLÁSTICA ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA

Ciencia y evidencia



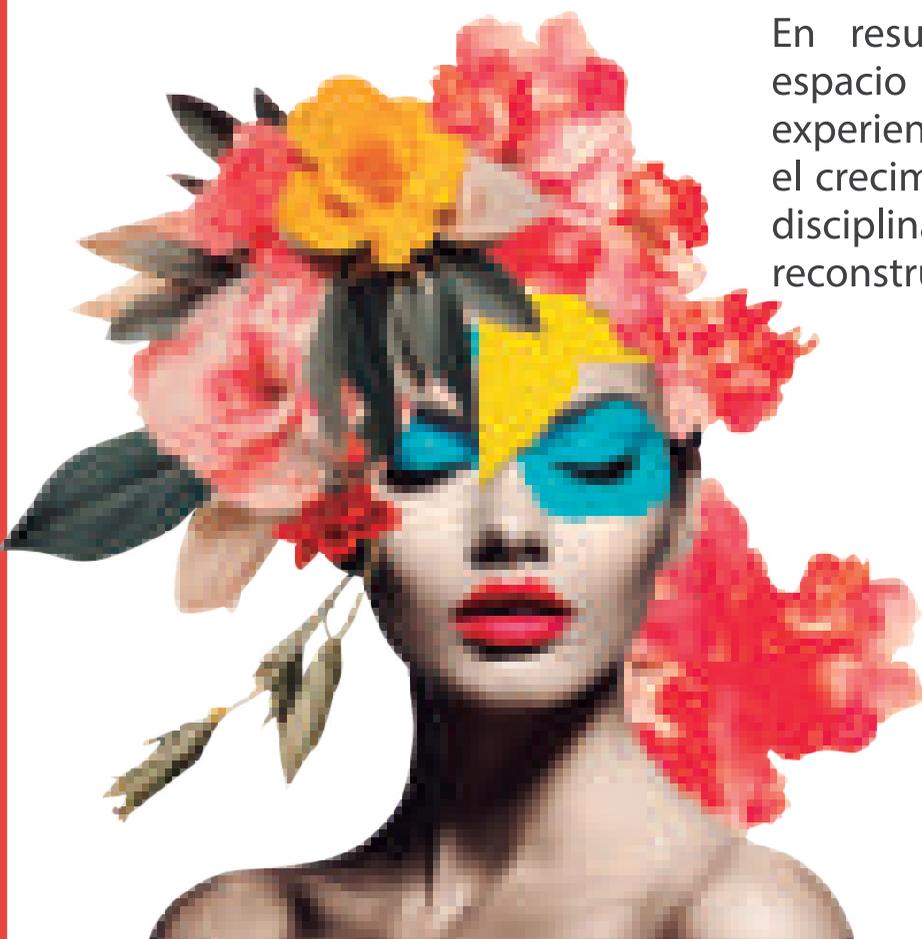
Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica  
Estética y Reconstructiva

El XXXIX Congreso de la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva (SCCP), programado del 23 al 26 de octubre de 2024 en la cautivadora ciudad de Medellín, se perfila como un evento excepcional que destacará la innovación y los avances en el campo de la cirugía plástica.

Este congreso anual, reconocido como un faro de conocimiento, reunirá a profesionales de Colombia y de todo el mundo. Brindará una plataforma integral para explorar las últimas investigaciones, tendencias y técnicas en cirugía plástica, estética y reconstructiva.

La programación integral incluirá no solo conferencias magistrales de expertos destacados, sino también talleres interactivos que permitirán a los participantes sumergirse en aprendizajes prácticos. Además, se crearán valiosas oportunidades para establecer conexiones profesionales de alto nivel, fomentando así la colaboración y el intercambio de experiencias entre colegas.

En resumen, este Congreso, será un espacio de conocimientos y una experiencia enriquecedora que impulsará el crecimiento y desarrollo continuo de la disciplina de la cirugía plástica, estética y reconstructiva.



**María Isabel Cadena - MD**  
Presidente SCCP

**23 al 26**  
**de octubre 2024**  
**Medellín**