

Mamoplastia de reducción mediante un pedículo central inferior en meseta

J.M. Serra,
V. Samayoa,
E. Valiente

SUMMARY

The reduction mammoplasty technique with an inferior pedicle makes eas the uniform escision of breast tissue.

This technique has the great advantage of preserving the inervation of nipple and permits a normal breast feeding.

Palabras clave

Mamoplastia de reducción, Pedículo inferior

Se presenta nuestra técnica y casuística de la mamoplastia de reducción utilizando el pedículo inferior central en meseta.

El pedículo está diseñado para incorporar perforantes vasculares del músculo pectoral mayor que nutren el tejido glandular y el complejo areola-pezones.

Las ventajas de esta técnica son las siguientes:

- Preserva la sensibilidad del pezón
- Permite realizar reducciones pequeñas y grandes
- El volumen mamario central brinda la proyección anterior necesaria para buen contorno con resultados satisfactorios (tabla I).

Servicio de Cirugía Plástica y
Reparadora
Clínica Universitaria de Navarra
Avda. Pío XII, s/n. Pamplona.

TABLA I

RESULTADO OBTENIDO EN PACIENTES CON MAMOPLASTIA DE REDUCCION UTILIZANDO EL PEDICULO INFERIOR EN MESETA

Muy bueno	16
Satisfactorio	27
Malo	0
Total	43

BASE ANATOMICA

Las arterias intercostales V, VI y VII dan origen a numerosas ramas que penetran y se distribuyen alrededor del borde inferior del músculo pectoral mayor hasta entrar en la glándula mamaria. Estos son los vasos que, cuando se conservan intactos durante la construcción de un colgajo vertical central en meseta, nutren el pedículo y proporcionan la circulación más importante de todo el colgajo.

En la parte superior hay una escasez relativa de perforantes intercostales mayores destinadas a la mama y, excepto pequeñas ramas de la arteria acromiotorácica, poca sangre llega desde arriba.

La irrigación de la areola y del pezón viene del plexo dérmico de la piel vecina y de los vasos parenquimatosos que convergen hacia allí desde abajo. De aquí el corolario respecto a la disección quirúrgica que por el centro y por arriba la masa glandular puede separarse de la pared torácica y efectuar extensas resecciones sin una interrupción significativa de los troncos vasculares principales.

Teniendo en cuenta estos factores anatómicos, la resección glandular debería comenzar 3 a 4 cm por encima de la pared torácica en una forma circunferencial para prevenir la división total de cualquiera de los vasos nutrientes de la base del pedículo glandular.

Este patrón vascular del procedimiento se ilustra en la figura 1.

La mama está inervada por los nervios intercostales. Aparecen para la parte externa como nervios cutáneos laterales anteriores y para la parte interna como ramas intercostales terminales y convergen hacia la línea láctea primitiva según una disposición segmentaria. El pezón es inervado por los nervios sensitivos cutáneos que están destinados al resto de la piel de aquella zona. Como todos los nervios sensitivos de la piel, corren superficialmente a través del tejido subcutáneo extraglandular, dando fibras simpáticas para la glándula y haciéndose progresivamente más superficiales a medida que se acercan a la areola.

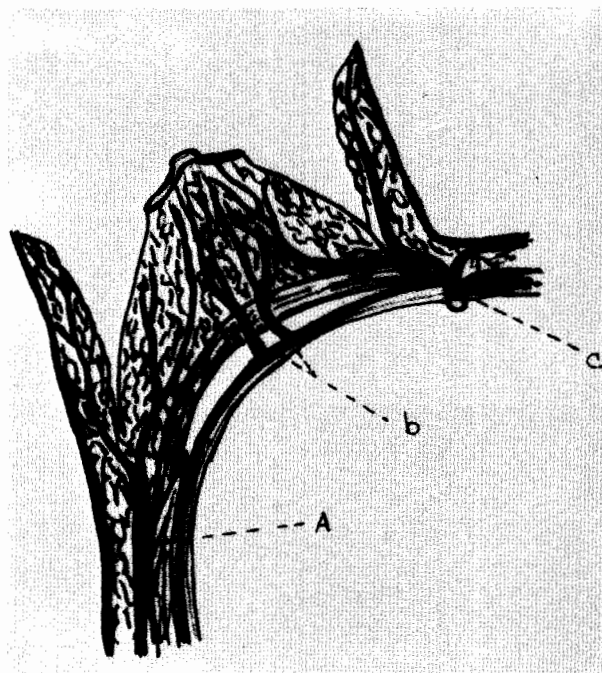


Fig. 1. Ilustración del patrón vascular de la técnica de pedículo central inferior en meseta: A. Arteria torácica lateral. B. Perforantes del pectoral mayor. C. Arteria mamaria interna.

Las resecciones de grosor parcial de la piel periareolar, como se efectúa con esta técnica quirúrgica, no interfieren con la inervación areolar.

TECNICA QUIRURGICA

I. Primeramente se efectúa el marcado de las incisiones. Todas las mediciones y marcas deben realizarse antes de la operación estando la paciente en posición ortostática.

Marcaje con el patrón de Wisse centrado en el punto de emplazamiento del pezón y diseño de los colgajos laterales.

El colgajo medial se marca primero según el concepto habitual pero se modifica la línea de cambio hacia el surco submamario en el punto medio y se emplaza este punto a 4 cm de la línea esternal media, como mínimo, para evitar que la cicatriz submamaria sea visible medialmente (fig. 2).

II. Una vez anestesiada la paciente y en posición semisentada se inicia el acto quirúrgico previa la infiltración de adrenalina al 1/200.000 (fig. 3).

III. Desepitelización del segmento cutáneo correspondiente al pedículo central inferior (fig. 4).

IV. El colgajo inferior es seccionado sobre la marca determinada previamente, de manera oblicua hacia arriba en relación a la fascia pectoral para conservar las conexiones del perímetro mamario de este colgajo inferior con el músculo pectoral, formando una meseta cuyo centro es el complejo areola-pezones (fig. 5).

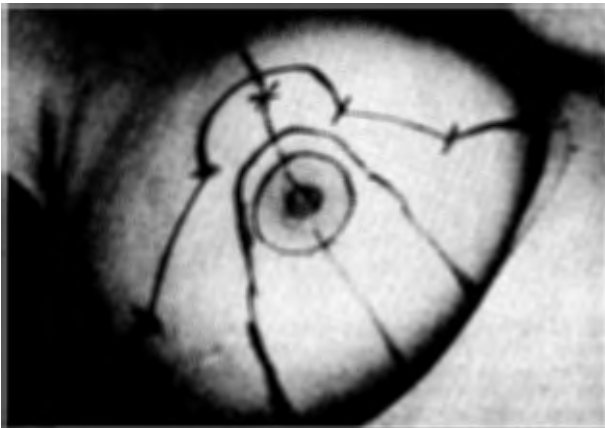


Fig. 2. Marcaje con el patrón de Wisse evitando que la cicatriz submamaria sea visible medialmente.



Fig. 4. Desepitelización del segmento cutáneo correspondiente al pedículo inferior.

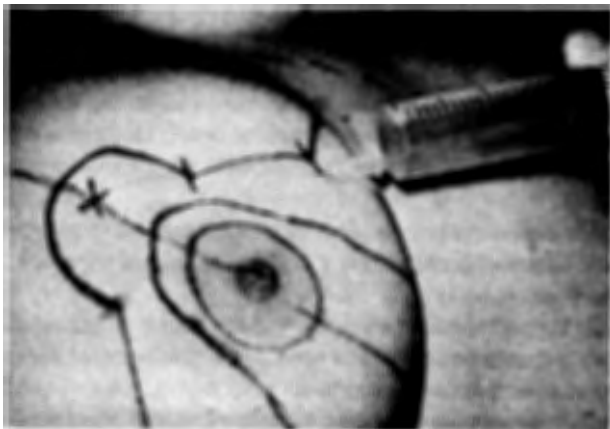


Fig. 3. Infiltración de adrenalina al 1/200.000.

V. El grosor del colgajo debe ser por lo menos de 5 a nivel del pezón e ir aumentando gradualmente hasta llegar a ser por lo menos de 10 cm en la base (fig. 6).

VI. Vaciamiento de los colgajos laterales y hacia arriba formando una cavidad en la que se emplaza el tejido glandular en forma de meseta para que quede configurada mama. Estos colgajos laterales están vascularizados externo por la arterial torácica lateral, el interno por las perforantes de la mamaria interna (fig. 7).

VII. Fijación del tejido glandular al músculo pectoral de forma que quede sustituida la neomama, y sólo falta cubrir con los dos colgajos laterales y la piel superior, que se coloca debajo de la cavidad formada. Esta fijación evitará la ptosis al cabo de cierto tiempo (fig. 8).



Fig. 5. Sección del colgajo inferior de manera oblicua, formando una meseta cuyo centro es el complejo areola-pezón.



Fig. 6. El grosor del colgajo debe ser por lo menos de 5 cm a nivel del pezón e ir aumentando gradualmente hasta llegar a ser por lo menos de 10 cm en la base.



Fig. 7. Vaciamiento de los colgajos laterales y hacia arriba.



Fig. 8. Fijación del tejido glandular al músculo pectoral.

VIII. Una vez fijado el pedículo en la fascia del músculo pectoral mayor, se juntan los dos colgajos laterales y se fijan con algunos puntos de anclaje en el surco submamario, procurando evitar las orejas de perro laterales, pero sobre todo que la cicatriz medial sea visible. Procurar que entre las dos cicatrices mediales exista al menos una distancia de 8 cm (fig. 9).

IX. Sutura de los colgajos con puntos subcutáneos y sutura intradérmica con ácido polietilglicólico (fig. 10).



Fig. 9. Aproximación y sutura de los colgajos laterales procurando que la cicatriz medial no sea visible.

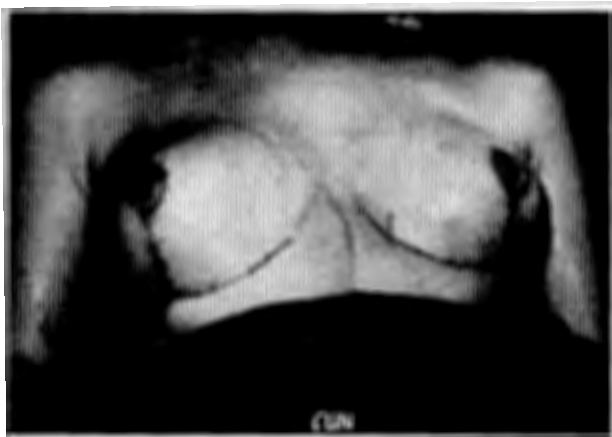


Fig. 10. Sutura de los colgajos con puntos subcutáneos y sutura intradérmica.

DISCUSION

Aunque Kaplan y Labandter^{1,2} han puntualizado que el complejo areola-pezones puede sobrevivir sólo con un segmento inferior único (con una perforante intercostal axial), es fundamental que la base del pedículo sea lo más vascularizada posible para evitar al máximo problemas tales como una necrosis del complejo areola-pezones cuando se hacen reducciones medianas y grandes (500 a 1.200 grs.).

Los colgajos cutáneos deben tener un grosor de 2 cm, para asegurar un buen riego sanguíneo de los mismos.

El uso de esta técnica en nuestra casuística está basado en tres razones:

Anatómicas

La técnica descrita provee el mejor riego sanguíneo posible para el pedículo glandular. Esto conlleva la posibilidad de realizar grandes reducciones con un movimiento hacia arriba seguro del pezón y una incidencia mínima de necrosis del complejo areola-pezones.

Estéticas

Las disecciones en meseta de un pedículo glandular, liberando completamente el pezón de la dermis restante del pedículo, brinda una proyección excelente del complejo areola-pezones sin retracciones tardías del pezón. También la incisión de la piel a nivel del surco submamario puede modificarse según cada caso individual, tratando al máximo de no prolongar la cicatriz a nivel medial.

Funcionales

Una ventaja importante para las pacientes solteras es que este método puede permitir la lactancia, ya que muchos conductos lactóforos permanecen intactos.

Es obvio que, si se revisa la amplia literatura de reducción mamaria, encontramos que varios tipos de reducción son satisfactorios en su resultado cuando los realizan cirujanos competentes;^{3,4} no obstante, hay que tener en mente que la clave de una técnica de reducción mamaria es su seguridad en brindar supervivencia del complejo areola-pezones y buenos resultados estéticos en reducciones significativas (500 a 1.200 grs.).

La fijación con grapas de los colgajos laterales es muy útil para orientarnos antes de la sutura de los colgajos y así poder evitar orejas de perro en la sutura del surco submamario en el colgajo medial.

RESUMEN

La mamoplastia de reducción utilizando un pedículo inferior en meseta facilita la exéresis uniforme del tejido mamario en cuanto a grosor se refiere y puede llevarse a

cabo de forma sistemática con esta técnica quirúrgica.

La función de lactancia del tejido ductal mamario residual queda preservada y el volumen mamario de tejido conlleva a la creación de una forma cónica satisfactoria y con una buena proyección del pezón en el postoperatorio.

REFERENCIAS

1. Kaplan I. Reduction mammoplasty: Nipple-areolar survival on a single breast quadrant. *Plast Reconstr Surg* 1978; 61: 27.
2. Labandter HP, Dowden RV, Dinner MI. The inferior segment technique for breast reduction. *Ann Plast Surg* 1982; 8: 493.
3. Georgiade NG, Serafin D, Morris R et al. Reduction mam-
4. maplasty utilizing an inferior pedicle nipple-areolar flap. *Ann Plast Surg* 1979; 3: 211.
4. Courtiss E, Goldwyn R. Reduction mammoplasty by the inferior pedicle technique. *Plast Reconstr Surg* 1977; 59: 500.