

J. J. Chamorro Hernández,
L. Pardo Mateu

Nuestra experiencia en la mamoplastia con cicatriz vertical

Our experience with the vertical scar reduction mammoplasty technique

SUMMARY

Introduction. *Many reduction techniques have been described over the years, highlighting the fact that no single procedure can be considered ideal.*

Material and methods. *Over a 2-year period, 20 bilateral mammoplasties were performed using the Peixoto technique (reduction mammoplasty, 5; mastopexy, 11; augmentation mammoplasty, 4). Results were assessed retrospectively. The mean follow-up was 12 months.*

Results. *The vertical scar did not appear under the submammary fold; nipple-areola necrosis was not encountered; nipple-areolar sensation was not reduced.*

Conclusion. *This technique can be used successfully in patients with all degrees of mammary hypertrophy, and the aesthetic results are generally good.*

Palabras clave

Mamoplastia de reducción, Cicatriz vertical, Hipertrofia mamaria, Ptosis mamaria.

Key words

Reduction mammoplasty, Vertical scar, Breast hypertrophy, Breast ptosis.

Cirugía Plástica-Estética.
Hospital 9 de Octubre.
Valencia.

Correspondencia:
L. Pardo Mateu.
Tetuán, 2, 13.º
46003 Valencia.

INTRODUCCIÓN

Muchas técnicas de reducción mamaria se han descrito en el transcurso de los años, destacando el hecho de que ninguna puede considerarse ideal. Además se da la circunstancia de que no existe una técnica válida para todos los tipos de mama. El patrón en herradura para la exéresis cutánea ha sido el más popular en los últimos tiempos. El complejo aréola-pezones llevado en un pedículo dermoglandular puede ser orientado de diferentes maneras. Strombeck¹ diseñó un colgajo dérmico bipediculado horizontal que más tarde fue modificado por Skoog² a un pedículo dérmico con base lateral. McKissok³ describió el colgajo bipediculado vertical, que posteriormente dio lugar a los pedículos con base inferior o con base superior. Pitanguy⁴ describió otra variante más: el pedículo triangular con amplia base superior.

La evolución en el diseño del pedículo iba dirigida a incrementar la movilidad y flexibilidad del colgajo con objeto de mejorar los resultados estéticos sin amenazar la viabilidad del complejo aréola-pezones.

El problema de la gran cicatriz resultante también ha sido objeto de preocupación, sobre todo la rama medial de la cicatriz horizontal, que suele ser bastante inestética. Dufourmentel⁵ describió una técnica sin extensión medial de la cicatriz horizontal. Peixoto,⁶ Marchac⁷ y Basile⁸ describieron técnicas orientadas a reducir la longitud de esta cicatriz a nivel del surco submamario.

Otro gran paso en la reducción de la cicatriz vertical es el llevado a cabo por Lassus,⁹ cuya técnica deja sólo una cicatriz vertical infraareolar que se extendía por debajo del surco submamario. La técnica de Lassus,⁹ lo mismo que las que producen cicatrices horizontales cortas, era más adecuada para casos de hipertrofias pequeñas o medias. Lejour¹⁰ describió una técnica que se considera indicada para cualquier grado de hipertrofia mamaria. El pedículo lleva base superior y se realiza liposucción mamaria sistemáticamente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisamos las indicaciones, técnica y resultados inmediatos y a largo plazo de 20 pacientes a las que se

les practicó mamoplastia con cicatriz vertical. La evaluación postoperatoria incluye, al menos, 12 meses.

RESULTADOS

1. Edad media: 33 años (rango: 27-45).
2. Tipo de intervención:
 - Reducción mamaria: 5.
 - Mastopexia simple: 11 (Figs. 1, 2 y 3).
 - Prótesis mamarias: 4 (Figs. 4, 5 y 6).
3. Técnica: peixoto.

El diseño de la exéresis cutánea lo realizamos con ayuda del patrón de Wise. Las 2 líneas verticales que delimitan el área de la exéresis cutánea convergen en un punto situado a 2-4 cm por encima del pliegue submamario. El complejo aréola-pezones se sitúa a 22-26 cm de la horquilla esternal. Se desepiteliza el colgajo vertical y se incide infe-



Fig. 2. Postoperatorio. Frente.

riormente hasta el músculo pectoral mayor. La exéresis glandular se lleva a cabo de la parte central de la mama y, algunas veces, también lateral. Se eleva un colgajo con base superior que contiene la aréola-pezones y se ancla a la fascia del pectoral mayor con su-



Fig. 1. Hipertrofia mamaria. Preoperatorio.

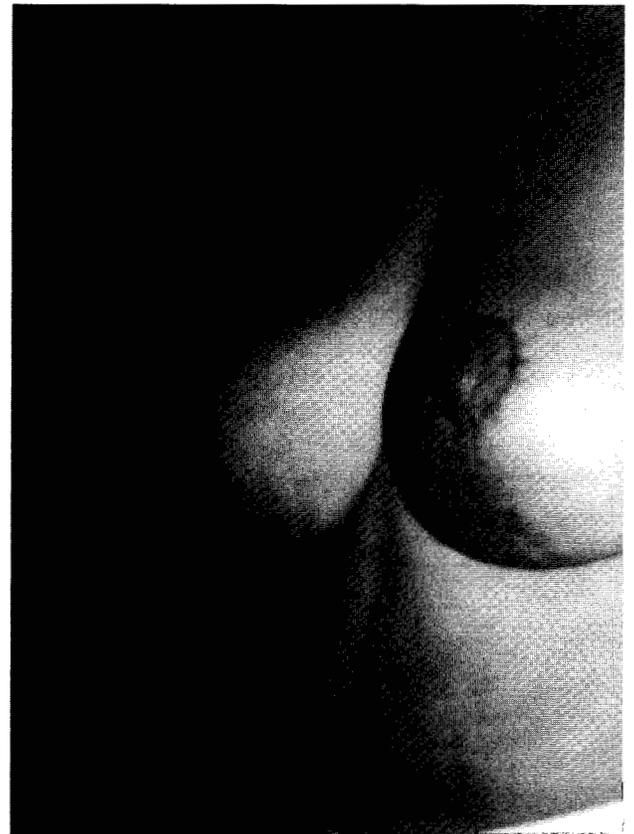


Fig. 3. Postoperatorio. Perfil.



Fig. 4. Ptosis e hipoplasia mamaria. Preoperatorio.

tura irreabsorbible una vez colocada la areola en su nueva ubicación. Se suturan ambos colgajos cutáneo-glandulares laterales, quedando una cicatriz vertical, que excede 1-2 cm el surco submamario en el

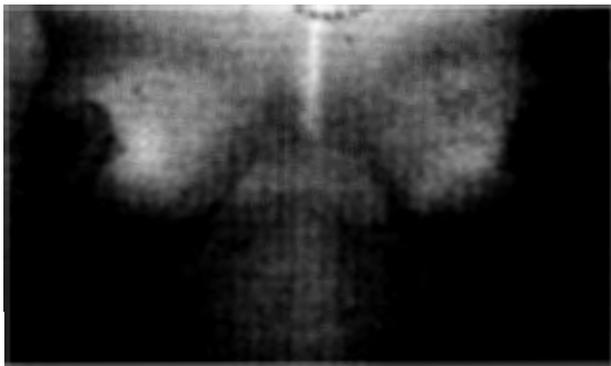


Fig. 5. Postoperatorio. Frente.



Fig. 6. Postoperatorio. Perfil.

postoperatorio inmediato, y una cicatriz periareolar. Se utilizaron redones en todos los casos.

4. Grado de hipertrofia:
 - Ligera: 5.
 - Moderada: 6.
 - Severa: 5.
5. Grado de ptosis:
 - < 2 cm: 7.
 - 2-5 cm: 6.
 - > 5 cm: 7.
6. Liposucción mamas:
 - Sí: 3.
 - No: 7.
7. Tamaño de la exéresis:
 - < 300 mg: 2.
 - 300-500 mg: 2.
 - > 500 mg: 1.

8. Tipo de anestesia:
- Local + sedación: 2.
 - General: 18.
9. Intervenciones asociadas:
- Miniabdominoplastia + liposucción abdomen: 2.
 - Miniabdominoplastia + liposucción abdomen y muslos: 1.
 - Miniabdominoplastia + liposucción muslos: 1.
 - Liposucción caderas: 1.
 - Abdominoplastia: 1.
 - Rinoplastia + liposucción muslos: 1.
10. Incidencias postoperatorio inmediato:
- Dehiscencia cicatriz periareolar: 2. Estos 2 casos se trataban de mamas muy grandes con abundante grasa.
 - Seroma: 3.
 - Hematoma: 0.
 - Necrosis cutánea: 0.
 - Necrosis areóla-pezones: 0.
 - Infección: 0.

Todas se resolvieron satisfactoriamente. En 1 caso se realizó corrección quirúrgica de la cicatriz periareolar.

11. Resultado inmediato:
- Pinzamiento submamario pronunciado: 2. Se resolvieron espontáneamente a los 12 meses de evolución.
 - Sensibilidad areóla-pezones: conservada en todos los casos.
 - Persistencia de pliegues cutáneos a nivel del surco submamario: en ningún caso.
12. Resultado a largo plazo:
- Forma de la mama: cónica.
 - Simetría: un caso de asimetría vertical en el que existía 1 cm de discrepancia en la distancia pezón-horquilla esternal entre las 2 mamas. Se trataba de 1 caso en el que ya existía una asimetría mamaria preoperatoria. No hemos observado asimetrías en el tamaño de las 2 mamas, ni asimetrías horizontales, es decir, en la distancia del pezón a la línea media.
 - Sensibilidad areóla-pezones: conservada en todos los casos.
 - El pinzamiento cutáneo a nivel del surco submamario que existía en 2 pacientes en el postoperatorio inmediato se ha corregido espontáneamente.

- Proyección de la areóla-pezones: buena en todos los casos, excepto en uno, en el que no se realizó anclaje del colgajo dermoglandular a la pared torácica.
- Satisfacción paciente: excelente en 18 casos y satisfactoria en los otros 2.

13. Evolución de la cicatriz: la longitud de la cicatriz vertical infraareolar oscilaba entre 7-13 cm (media: 10 cm) en el postoperatorio inmediato, extendiéndose 1-2 cm por debajo del nuevo surco submamario. A las 3 semanas de evolución las cicatrices comienzan a retraerse, no siendo visibles por debajo del surco submamario en bipedestación, una vez que la mama desciende.

Las cicatrices verticales se han ensanchado en 2 casos, mientras que no lo han hecho las cicatrices periareolares, excepto los 2 casos, en que había habido dehiscencia. En ningún caso las cicatrices fueron hipertróficas.

14. Revisión quirúrgica: en un caso se realizó corrección de cicatriz periareolar bajo anestesia local.

DISCUSIÓN

Con la técnica de pedículo inferior, a largo plazo, se obtiene, a menudo, una mama de forma cuadrangular, además de una larga cicatriz horizontal que, frecuentemente, es visible en la línea media. En algunos casos pueden aparecer inestéticas orejas de perro en ambos extremos de la cicatriz. La reducción mamaria con cicatriz vertical proporciona una forma de la mama más natural, con una cicatriz mucho menor. Es una técnica sencilla y relativamente rápida que frecuentemente realizamos junto con otras intervenciones de cirugía estética.

Aunque la serie que presentamos no es muy amplia, la incidencia de complicaciones menores ha sido baja. No hemos tenido ningún caso de necrosis areóla-pezones con esta técnica.

En cuanto al cierre de la piel, requiere aproximar ésta de manera que consigamos una cicatriz corta, que quede confinada a la superficie de la mama. Así, por ejemplo, el borde de la herida puede ser reducido de unos 20 cm que mide antes del cierre a unos 9 cm después. Esto puede producir la aparición de pequeños pliegues en la piel, sobre todo en la parte inferior de la cicatriz, que generalmente se resuelve espontáneamente en varias semanas.

Si los bordes de los colgajos cutáneos no están adecuadamente dispuestos, los pliegues cutáneos pueden persistir más tiempo, pudiendo requerir, en ocasiones, una revisión quirúrgica. Ni Lejour^{10, 11, 12} ni Lassus⁹ aparentemente tuvieron este problema, aunque sí que lo refieren Pickford y Boorman.¹³ La revisión quirúrgica de estos casos, muchas veces, deja una cicatriz horizontal muy corta; mucho más corta que la diseñada por Peixoto⁶ y Marchac,⁷ situada en el pliegue submamario. Lejour¹² indica que en el 10% de los casos, sobre todo en las mamas muy grandes y muy ptósicas, tiene que extirpar, meses después de la intervención, un exceso de piel redundante que queda en el extremo inferior de la cicatriz. Ninguna de nuestras pacientes ha presentado tampoco este problema.

La proyección de la aréola-pezones es muy buena, posiblemente debido al plegamiento del pedículo por debajo de la aréola. La liposucción permite incrementar la flexibilidad del colgajo, que puede ser plegado con mayor facilidad cuando ha sido reposicionada en la mama reducida. La liposucción, además, ofrece la ventaja de permitir modelar áreas concretas, por ejemplo, el pliegue axilar, si se desea.

La preservación de la sensibilidad aréola-pezones ha sido excelente en todos los casos, a diferencia de lo publicado por Pickford y Boorman.¹³

La forma de la mama se mantiene bastante estable, dado que se sutura la glándula firmemente, tanto los 2 colgajos laterales entre sí, como el colgajo central a la pared torácica. Creemos que se trata de una técnica indicada, sobre todo, para reducciones mamarias en pacientes jóvenes con piel elástica y para cualquier tipo de mastopexia.

CONCLUSIONES

Las ventajas que hemos encontrado con esta técnica son:

- Puede utilizarse con éxito en todos los grados de hipertrofia mamaria, pero sobre todo está indicada para reducciones mamarias en pacientes jóvenes con piel elástica, y para cualquier tipo de mastopexia.
- Permite realizar una mastopexia aislada, así como ofrece la posibilidad de colocar una prótesis mamaria.
- La sensibilidad de aréola-pezones está conservada.
- Los resultados estéticos son muy buenos.

- La cicatriz vertical no es visible por debajo del surco submamario.

RESUMEN

Introducción. Muchas son las técnicas de reducción mamaria descritas y ninguna puede considerarse ideal.

Material y métodos. Durante los últimos 2 años hemos realizado 20 mamoplastias con cicatriz cervical bilaterales (5 mamoplastias de reducción, 11 mastopexias y 4 mamoplastias de aumento) utilizando la técnica de Peixoto. Analizamos los resultados postoperatorios transcurridos, al menos, 12 meses de evolución.

Resultados. La cicatriz vertical no es visible por debajo del surco submamario; no apareció necrosis de la aréola-pezones en ningún caso y tampoco disminuyó su sensibilidad.

Conclusiones. Esta técnica puede utilizarse con éxito en prácticamente todos los grados de hipertrofia mamaria, y los resultados estéticos son buenos.

REFERENCIAS

1. Strombeck JO. Mammoplasty: report of a new technique based on the two-pedicle procedure. *Br J Plast Surg* 1960;13:79-80.
2. Skoog T. A technique of breast reduction: transposition of the nipple on a cutaneous vascular pedicle. *Acta Chir Scand* 1963;126:453-6.
3. McKissock PK. Reduction mammoplasty with a vertical dermal flap. *Plast Reconstr Surg* 1972;49:245-52.
4. Pitanguy I. Surgical treatment of breast hypertrophy. *Br J Plast Surg* 1967;20:78-85.
5. Dufourmentel C, Mouly R. Mammoplasty by the oblique technique. *Ann Chir Plast* 1961;6:45-58.
6. Peixoto G. Reduction mammoplasty: a personal technique. *Plast Reconstr Surg* 1980;65:217-25.
7. Marchac D, Olarte G. Reduction mammoplasty and correction of ptosis with a short inframammary scar. *Plast Reconstr Surg* 1982;69:45-55.
8. Basile RD. Mammoplasty: large reduction with short inframammary scars. *Plast Reconstr Surg* 1985;76:130-5.
9. Lassus C. Breast reduction: evolution of a technique-A single vertical scar. *Aesthetic Plast Surg* 1987;11:107-12.
10. Lejour M, Abboud M. Vertical mammoplasty without inframammary scar and with breast liposuction. *Perspect Plast Surg* 1990;4:67-90.
11. Lejour M, Abboud M, Decléty A, Kertesz P. Reduction des cicatrices de plastie mammaire: de l'ancre courte a la verticale. *Ann Chir Plast Esthet* 1990;35:369-79.
12. Lejour M. Vertical mammoplasty and liposuction of the breast. *Plast Reconstruct Surg* 1994;94:100-14.
13. Pickford MA, Boorman JG. Early experience with the Lejour vertical scar reduction mammoplasty technique. *Br J Plast Surg* 1993;46:516-22.