

**Tras La Información que Cura**



**Revista Electrónica**  
**Zoilo E. Marinello Vidaurreta**



**Volumen 38**

**Número 3**

**ISSN 1029-3027 | RNPS 1824**



**ARTÍCULO ORIGINAL      RESUMEN**

**Impacto de la mastoplastia reductiva con técnicas de mínima incisión. Las Tunas, 2008-2010**

**Impact of the Reducing Mastoplasty with Minimum Incision Techniques in Las Tunas, years 2008-2010**

**Autores:** Dr. Oliver Alain Dieppa Ramírez\*, Dra. Eidelis Alba Matos\*\*.

\* Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Cirugía Plástica y Caumatología. Máster en Atención Integral al Niño. Profesor Instructor. Servicio de Cirugía Plástica y Caumatología. Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna", Las Tunas.

\*\* Residente de Medicina General Integral. Policlínica Docente "Guillermo Tejas Silva", Las Tunas.

**Correspondencia a:**

Dr. Oliver Alain Dieppa Ramírez

E-mail: [dieppa@cucalambe.ltu.sld.cu](mailto:dieppa@cucalambe.ltu.sld.cu)

Se realizó un estudio experimental, con el objetivo de evaluar la utilidad de la Mastoplastia reductiva con técnicas de mínima incisión, en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Provincial Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna" de la ciudad de Las Tunas; en el periodo comprendido de abril de 2008 a marzo de 2010. El universo estuvo constituido por las 281 pacientes con diagnóstico de hipertrofia mamaria, acompañada o no de ptosis mamaria, y la muestra quedó constituida por las 136 pacientes con diagnóstico de hipertrofia mamaria, grado I, II o III, con criterio quirúrgico estético y/o funcional, las cuales tributaban a la realización de la cirugía con técnicas de mínima incisión durante el período de estudio. Para lograr los objetivos, los datos fueron recogidos de fuentes primarias y secundarias a través del interrogatorio directo, examen físico y de la historia clínica de cada paciente. Todos fueron procesados utilizando la estadística descriptiva mediante el análisis porcentual. Los principales resultados mostraron un predominio del grupo de 23 a 35 años de edad, el tipo de deformidad más operada fue la hipertrofia mamaria moderada, asimismo el tipo de anestesia más usada fue la local. A pesar de ser la dehiscencia de la herida quirúrgica la más frecuente complicación, las operadas se mostraron altamente satisfechas de acuerdo al tamaño, forma, simetría y sensibilidad; siendo la reducción de la cicatriz resultante el parámetro de mayor impacto.

**Palabras clave:** HIPERTROFIA MAMARIA, MACROMASTIA, PTOSIS MAMARIA, MASTOPLASTIA REDUCTIVA, MASTOPEXIA.

**Descriptores:** MASTECTOMÍA SEGMENTARIA. MASTECTOMY, SEGMENTAL

## ABSTRACT

An experimental study was carried out with the objective of appraising the usefulness of the reducing mastoplasty with minimum incision techniques at the Esthetic Surgery Service of Ernesto Guevara de la Serna Teaching Hospital in Las Tunas City, from April, 2008 to March 2010. The universe was made up by 281 patients who had been diagnosed with mammary hypertrophy, accompanied or not by mammary ptosis and the sample was constituted by 136 patients diagnosed with mammary hypertrophy in grade I, II or III, with esthetic and/or functional surgical criteria, who had the conditions for the minimum incision surgical techniques. To fulfill the objectives, the data were obtained from primary and secondary sources through direct interrogatory, physical examination, and the clinical record of each patient, using the descriptive statistics by means of percentage analysis for the process. The main results showed a prevalence of the group from 23 to 35 years of age, the most operated kind of deformity was the moderate mammary hypertrophy, as well

as the local anesthesia was the most used one. In spite of that the dehiscence of the surgical incision was the most frequent complication, the operated patients were extremely satisfied in reference to the size, shape, symmetry and sensitivity; being the reduction of the resulting scar the parameter of highest impact.

**Key words:** MAMMARY HYPERTROPHY, MACROMASTIA, MAMMARY PTOSIS, REDUCING MASTOPLASTY, MASTOPEXY.

**Descriptors:** MASTECTOMY, SEGMENTAL.

## INTRODUCCIÓN

Las mamas son sin duda uno de los elementos más importantes de la belleza femenina, símbolo de sexo y de la sexualidad humana, emblema de la maternidad y zona erógena por excelencia. Constituye, por tanto, una preocupación cardinal de la silueta femenina el volumen y la forma de las mamas. (1, 2)

La hipertrofia mamaria llama la atención de los cirujanos plásticos por su gran incidencia, importancia física y psicológica. Las mamas hipertrofiadas en pacientes jóvenes no responden a ninguna terapéutica conservadora; son normalmente indicación para la cirugía correctiva que, realizándose precozmente, evita cambios funcionales irreversibles. La reducción mamaria es una cirugía particularmente gratificante, pues mejora el aspecto de la mama,

alivia trastornos funcionales secundarios y beneficia a la paciente psicológicamente. (2)

La resección mamaria y mastopexia fue evolucionando en etapas, no solo en relación a las metas, sino, sobre todo, en relación a la vascularización de la glándula, piel y complejo areola-pezones (CAP). Los dos principales métodos para la reducción del volumen mamario son la mastoplastia reductiva, con injerto de pezón libre, y la mastoplastia reductiva, con transposición de pezón. Éste último conforma una mama funcional. (1-4)

En consecuencia, la tendencia evoluciona hacia técnicas de cicatriz corta, ya sea periareolar en ptosis e hipertrofias menores, con cicatriz circumvertical, que permite una mayor reducción cutánea transversal y disminuye la tensión en la cicatriz periareolar. Para las mayores hipertrofias se prefiere una cicatriz en J o L, para sustituir la clásica cicatriz en ancla o en T. (3-5)

En Cuba, aunque se conocía la Mastoplastia en L, fue difundida en el Congreso de Cirugía en septiembre de 1999 por la Dra. Berrocal, de origen colombiano, y actualmente se practica en todas las provincias del país, aunque no sistemáticamente. La novedad del proceder impulsó a evaluar la utilidad de la Mastoplastia Reductiva con técnicas de mínima incisión; para ello se caracterizó clínica y demográficamente la muestra según: la edad y tipo de hipertrofia; se describió el grupo según los tipos de anestesia usados y se evaluaron los resultados, teniendo

en cuenta: complicaciones y estado de satisfacción de las pacientes.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio experimental, con el objetivo de evaluar la utilidad de la Mastoplastia reductiva con técnicas de mínima incisión, en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Provincial Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna", de la ciudad de Las Tunas, en el periodo comprendido entre abril de 2008 a marzo de 2010.

El universo estuvo constituido por las 281 pacientes con diagnóstico de hipertrofia mamaria, acompañada o no de ptosis mamaria. La muestra quedó formada por las 136 pacientes con diagnóstico de hipertrofia mamaria, grado I, II o III, sana o portadora de patología crónica compensada, con criterio quirúrgico estético y/o funcional, no excluyente por criterios anestesiológicos; las cuales tributaban a la realización de la cirugía con técnicas de mínima incisión durante el período de estudio.

### **Criterios diagnósticos**

Clasificación de hipertrofia mamaria según volumen mamario (Vm).

Ideal: de 250 a 300ml;

Grado I (ligeras): de 400 a 600ml;

Grado II (moderadas): de 600 a 800ml;

Grado III (severas): de 800 a 1000ml;

Grado IV (gigantomastias): más de 1500ml.

(4)

Para calcular el volumen mamario se utilizó el método de Bouman (1965), que consiste en medir el agua desplazada, al introducir una mama en un recipiente.

**Criterios de exclusión:** pacientes que no desean participar en el estudio.

**Criterios de salida:** salida del territorio.

## Antropometría

En la investigación se siguieron las pautas trazadas por David J. Smith y enriquecidas por el profesor Dr. Ricardo García Vega con el punto SN, quedando conformado así:

AN – Distancia entre la línea axilar anterior y el pezón homolateral.

ZN – Distancia entre el nacimiento lateral de la mama y el pezón homolateral.

NB – Distancia perpendicular entre el pezón homolateral y el surco submamario.

NM – Distancia perpendicular entre el pezón homolateral y la línea mediotorácica.

NN – Distancia interpezones.

HEN – Distancia desde la horquilla esternal al pezón.

SN – Distancia entre el límite superior y medio de la mama y el pezón homolateral.

Todas estas medidas se realizaron por separado a cada mama.

Los datos fueron recogidos de fuentes primarias y secundarias, a través del interrogatorio directo, examen físico y de la historia clínica de cada paciente.

Los datos obtenidos se vaciaron en una base de datos creada al efecto en Microsoft Excel. Se procesaron utilizando la estadística descriptiva, a través del análisis porcentual y tablas de distribución de frecuencia. Finalmente los resultados fueron expresados en forma de tablas y gráficos. Se compararon los resultados obtenidos con los encontrados por otros autores y se llegó a conclusiones y recomendaciones.

## Consideraciones Éticas

Se explicó primeramente a las pacientes los objetivos e importancia de la investigación, garantizándoles confidencialidad en la información que aportaron y que solo sería utilizada con fines investigativos, contando siempre con la voluntariedad y disposición a participar, solicitando para ello el consentimiento informado.

## Seguimiento fotográfico

Se tomó fotografías de las pacientes en el preoperatorio inmediato: previo marcaje y luego del marcaje. Durante el postoperatorio se fotografiaron las mismas con la siguiente frecuencia: postoperatorio inmediato (al terminar la operación), postoperatorio mediato (a la semana), postoperatorio tardío (al mes y a los

seis meses). En cada uno de estos períodos se tomaron fotografías de frente oblicua, derecha e izquierda, y laterales: derecha e izquierda, dejando así evidencia fotográfica de la investigación.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

**TABLA 1. Distribución de los casos, acorde a los grupos de edades. Hospital General “Ernesto Guevara”, 2008-2010**

Grupos de edades	No.	%
Menores de 15 años	-	-
De 15 a 22 años	13	9,5
De 23 a 35 años	61	44,8
De 36 a 49 años	56	41,2
50 ó más años	6	4,5
Total	136	100

La **tabla 1** muestra la distribución de pacientes, teniendo en cuenta los rangos de edades; los mismos fueron diseñados de acuerdo con los cambios anatómicos que se observan en las mamas, debido fundamentalmente a la influencia hormonal. (6) En este estudio predomina la hipertrofia en el rango de edades, comprendida entre los 23 y 35 años, para un 44,8%. Esto ocurre, porque este es el periodo de la vida

en que la mujer adulta tiene tendencia al aumento de peso, acumulándose gran cantidad de grasa en los senos y coincide con su etapa reproductiva, con influencia de los embarazos; además por causas aún no precisadas, se asocia con ptosis, lo que también es corregido con la mastoplastia reductora, independientemente de la técnica que se utilice. (7-10)

Como las mamas hipertróficas en pacientes jóvenes no responden a ninguna terapéutica conservadora, constituyen normalmente indicación para la cirugía correctiva, que pueda ser hecha precozmente, con el fin de evitar que haya cambios funcionales que se vuelvan irreversibles. (10-15) Coincide con resultados de Berrocal en 1992 y Pérez Hera, se debe al número creciente de casos de macromastia adiposa en mujeres adultas y macromastia pos gravídica, (9) con el mencionado estudio de Pitanguy, donde el 57% de las operadas está comprendido entre los 20 y 39 años de edad; (13) y con el trabajo de A. Caldeira: “Triple interposición de colgajos”, con predominio de pacientes de la cuarta década de la vida. (16)

**TABLA 2. Distribución de los casos, acorde al tipo de hipertrofia**

Tipo de hipertrofia	No.	%

Ligera	18	13,2
Moderada	62	45,6
Severa	56	41,2
Total	136	100

La apreciación del grado de hipertrofia puede servir de guía para la selección de la técnica que se ha de emplear. En la **tabla 2** se observa la distribución de pacientes según el tipo de hipertrofia, existiendo un predominio de la hipertrofia moderada, para un 45,6%, a diferencia de investigaciones anteriores realizadas en este servicio a raíz de la introducción de la mastoplastia en L, con el trabajo “Mastoplastia en L, una nueva experiencia”, donde primaron las hipertrofias ligeras, y las moderadas solo representaron un 17,5%. Esto demuestra que en la medida que avanzó el estudio se fueron perfeccionando las técnicas que reducen el tamaño de la incisión, lo que ha permitido aplicarlas en hipertrofias cada vez mayores. Este resultado coincide con el trabajo de terminación de tesis del Dr. Rigoberto Batista, que introdujo la mastoplastia con pedículo de base inferior en el servicio; se trataron 40 pacientes con este tipo de deformidad, para un 80% del total.

**TABLA 3. Distribución de los casos, acorde a los tipos de anestesia aplicada**

Tipo de anestesia	No.	%
Local	101	74,3
Regional	-	-
General	16	11,8
Combinado	19	13,9
Total	136	100

Los tipos de anestesia aplicada se exponen en la **tabla 3**, donde predominó ampliamente el uso de la anestesia local, representando un 74,3% del total. Al usar la técnica quirúrgica de mínima incisión, las pacientes pueden ser operadas con anestesia local, esto a su vez facilita el uso de epinefrina que disminuye el sangrado, y al término de la operación la paciente puede ir rápidamente para su casa, disminuyendo la estadía hospitalaria y, a su vez, los gastos económicos (12, 17-20). Basile plantea: corresponde al cirujano y al anestesiólogo indicar la mejor técnica para cada caso. Sin embargo, después de realizar cirugías con anestesia general, peridural, durante varios años, ahora se ha adoptado en el 95% de los casos la anestesia local. (14) Al comparar con estudios actuales, se constató que existe similitud entre ellos; el Dr. Orlando Rodríguez en su trabajo titulado “Variaciones al patrón de marcaje Wise en la cirugía estética mamaria por mínima incisión.

Camagüey. 2006-2007” utiliza la anestesia local en el 73,61% de los casos. (14, 21-25)

**TABLA 4. Distribución de los casos según las complicaciones**

Complicación	No.	%
Sangramiento postoperatorio	1	0,7
Hematoma	11	8,0
Sepsis de la HQ	1	0,7
Necrosis parcial del CAP	1	0,7
Necrosis total del CAP	1	0,7
Necrosis del flap cutáneo	-	-
Dehiscencia parcial de la HQ	19	13,9
Dehiscencia total de la HQ	-	-
Granuloma de la HQ	-	-
Asimetría	1	0,7
Cicatrices hipertróficas	1	0,7
Queloides	2	1,5
Otras	-	-

La distribución de las pacientes según las complicaciones aparece en la **tabla 4**, mostrando la mayor incidencia durante el postoperatorio tardío, la dehiscencia parcial de la herida y siguiéndole en orden de frecuencia los hematomas. El Dr. Ramón Riu plantea que otra complicación muy frecuente en la reducción de mamas es la necrosis cutánea en la piel

localizada a las 6 del reloj de la areola y en la unión de la cicatriz vertical con la horizontal, zonas de máxima tensión de la cicatriz. (26) Esto explica las pequeñas dehiscencias que se mencionan.

En orden de frecuencia le continúa la presencia de hematomas en el postoperatorio inmediato, se relaciona con el uso de epinefrina mezclado con la lidocaína. (26) Los vasoconstrictores también reducen la hemorragia, pero al pasar su efecto vasos que no sangraban durante la operación comienzan a sangrar, al quedar relajada su musculatura lisa. Esto aumentó la incidencia de hematomas, pero en la medida que se perfeccionó la técnica se redujo su aparición.

**TABLA 5. Distribución de los casos según estado de satisfacción de las pacientes**

Aspectos	AS	%	S	%	I	%	AI	%
Tamaño	68	50,0	67	49,3	-	-	1	0,7
Forma	58	42,7	72	52,9	4	2,9	2	1,5
Simetría	60	44,1	75	55,2	1	0,7	-	-
Sensibilidad	41	30,2	95	69,9	-	-	-	-
Cicatriz	99	72,8	34	25,0	2	1,5	1	0,7

El estado de satisfacción de las pacientes se refleja en la **tabla 5**, teniendo en cuenta los diferentes aspectos que determinan la belleza y funcionamiento mamario. Hubo un amplio predominio de las pacientes altamente



satisfechas y satisfechas, superados en la calidad de la cicatriz. Coincide con León Rodríguez Y, Cairos Báez, los cuales encontraron resultados similares. (19)

Esto marca la diferencia entre las técnicas de mínima incisión y las convencionales. Se considera que disminuir al menos una tercera parte de la cicatriz visible a nivel de la piel pre-extrenal es un logro satisfactorio, porque en esta región se observa con relativa frecuencia la hipertrofia de la misma o su ensanchamiento con otras técnicas quirúrgicas, como son la de Strömbeck, Strömbeck-Khan, Robbin o Mc Kissock (con cicatriz en "T" invertida) que son las más frecuentes utilizadas en esta provincia y en el país. (2, 3, 7, 9, 12, 14-16, 18-20, 22, 23)

La cicatriz postoperatoria, aunque no es una complicación en el sentido estricto, puede ser un problema en cualquier tipo de mastoplastia de reducción. A menudo las cicatrices tienden a la hipertrofia, en especial en la rama interna de la incisión. Por desgracia, esta tendencia es probable que sea más acentuada en las pacientes más jóvenes. No existe un modo seguro de reducirla al mínimo, y esto debe exponérsele claramente a la enferma que acude para someterse a este tipo de operación. (27)

El aporte técnico de la investigación consiste en la confección de un nuevo patrón para la mastoplastia en L, basado en el marcaje que introdujo la Dra. Berrocal, y en conjunto con los cirujanos del servicio se modificó el patrón de

Wise convencional. Con la creación de este nuevo patrón se simplifica la labor del cirujano y reduce la posibilidad de cometer errores en el marcaje preoperatorio. Los buenos resultados estéticos obtenidos con esta técnica de mínima incisión contribuyen a mejorar el estilo de vida de la mujer cubana, fundamentalmente intelectuales, obreras y amas de casa, que se refleja en el estado de satisfacción de las mismas, explicado en el transcurso del trabajo.

### CONCLUSIONES

- Predominaron las pacientes entre los 23 y 35 años y la hipertrofia mamaria moderada fue el tipo de deformidad más operada.
- El tipo anestésico más usado fue la anestesia local.
- Preponderó un buen grado de satisfacción entre las operadas, a pesar de aparecer la dehiscencia parcial de la herida quirúrgica como la principal complicación encontrada, siendo la reducción de la cicatriz resultante el parámetro de mayor impacto.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Roa Roa T. Mamas. Conceptos generales. En: Coiffman F. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. 2 ed. Colombia: Masson-SALVAT Medicina; 2006: p. 3281.
2. Hinderer Ulrich. La Evolución de la Cirugía

- Plástica Mamaria en la Hipoplasia, Ptosis e Hipertrofia. En: Bisbal Piazuelo J. Cirugía Plástica Mamaria. Barcelona: SECPRE; 2007: p. 15-46.
3. Letterman G., Schurter A. Historia de la Mamoplastia con referencia especial a la corrección de la ptosis mamaria y de la macromastia. En: Goldwyn. R. M. Cirugía plástica y reconstructiva de la mama. Boston: Little, Brown and Co.; 2006. p. 3-28.
4. Navarro-Gasparetto C. Cirugía estética de la macromastia. Técnica personal. En: Coiffman F. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. 3 ed. Colombia: Masson-SALVAT Medicina; 2008: p. 2876-87.
5. Bozola AR. Mamoplastias de reducción. Variaciones de la técnica. En: Coiffman F. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. 3 ed. Colombia: Masson-SALVAT Medicina, 2008: p. 2941-53.
6. Mezquita PC. Desarrollo y función de la glándula mamaria. En: Bisbal Piazuelo J. Cirugía Plástica Mamaria. Barcelona: SECPRE; 2007: p.47-56.
7. De Souza Pinto E. Mamoplastia de reducción con cicatriz vertical y pedículo superior. En: Coiffman F. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. 3 ed. Colombia: Masson-SALVAT Medicina; 2008: p.2914-22.
8. Martínez-Sahuquillo A. Mamoplastia de reducción. Consideraciones personales. En: Coiffman F. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. 3 ed. Colombia: Masson-SALVAT Medicina; 2008: p.2931- 40.
9. Berrocal-Revueltas M. Reducción mamaria con cicatriz mínima en "J" para hipertrofias y gigantomastia. En: Coiffman F. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. 3 ed. Colombia: Masson-SALVAT Medicina; 2008: p.2954-65.
10. Edwards E. Anatomía quirúrgica de la mama. En: Goldwyn R.M. Cirugía Plástica y Reconstructiva de Mamas. Boston: Little, Brown and Co.; 2006: p.35-51.
11. Bozola AR. Principios básicos para realizar mamoplastias. En: Coiffman F. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. 3 ed. Colombia: Masson-SALVAT Medicina; 2008: p.2860-3.
12. Meyer R. "L" Technique compared with others in mammoplasty reduction. *Aesthetic Plast Surg.* 1995; 19:541-8.
13. Sabino Neto M. Self-esteem and functional capacity outcomes following reduction mammoplasty. *Aesthetic Surg J.* 2008; 28:417-20.
14. Bozola AR, Basile D. Reducciones mamarias con pequeñas cicatrices inframamarias. En: Coiffman F. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. 2 ed. Colombia: MASSON-SALVAT Medicina; 2006: p.3391-5.
15. Sánchez Castillo VM. Insiciones mínimas para mastoplastias reductoras. *Rev Cubana Cir* 2002;41(1):11-5.
16. Caldeira A. Triple interposición de colgajos. Un abordaje personal en mastoplastias de reducción. *Rev Cir Plástica Ibero-latinoamericana.* 1997; 23(1):8-15.
17. Pitanguy I. Corrección de las deformidades benignas de la mama. En: Coiffman F. Cirugía

- Plástica, Reconstructiva y Estética. 3 ed. Colombia: Masson-SALVAT Medicina; 2008: p.2867- 75.
18. Sprole Amy M. Horizontal o Vertical? An evaluation of patient preferences for reduction mammoplasty scars. *Aesthetic Surg J.* 2007; 27: 257-62.
19. León Rodríguez Y, Cairos Báez J. Evaluación de los resultados quirúrgicos de la mastoplastia por vía periareolar. *Rev Cubana Cir.* 2009;48(1) 20-2.
20. Robles JM, Seba CA, Amaris H. Round Block technique: aportes técnicos personales. *Rev Arg de Cirugía Plástica.* 1992;(1):57-65.
21. Pitanguy, I. Preferencias personales en la mamoplastia de reducción. En: Goldwyn, R. *Cirugía plástica y reconstructiva de la mama.* Barcelona: SALVAT; 2008. p.160-1.
22. Benelli L. A new periareolar mammoplasty: The round block technique. *Aesthetic Plast Surg.* 1990;14(2):93-100.
23. Escudero FJ. Mamoplastia reductiva sin cicatriz vertical versus con cicatriz en T invertida en el tratamiento de la hipertrofia mamaria severa. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra [Internet].*(2007, Jun 12) [citado 13 Jul 2011]; 81 (10): 1118. disponible en: <http://scielo.php.htm>
24. Foreman KB, Dibble LE, Droge J, Carson R, Rockwell WB. The impact of breast reduction surgery on low-back compressive forces and function in individuals with macromastia. *Plast Reconstr Surg.* 2009;124(5):1393-9.
25. Costa MP, Ching AW, Ferreira MC. Thin superior medial pedicle reduction mammoplasty for severe mammary hypertrophy. *Aesthetic Plast Surg* 2008;32(4):645-52.
26. Riu R. Complicaciones de la Cirugía Mamaria. En: Bisbal Piazuolo J. *Cirugía Plástica Mamaria.* Barcelona: SECPRE; 2007. p.283-92.