

Dr. Jaime Planas

Cuando se habla de reducción mamaria, parece que lo más importante para el cirujano es la altura en que colocará los pezones y su habilidad de hacer grandes reducciones sin comprometer la irrigación del complejo areolapezón. Pero tan importante como el tamaño y la forma que se da al órgano, son las cicatrices residual Y de estas, todos sabemos que la más conspicua y comprometedora es la cicatriz submamaria. De aquí la importancia de la labor pionera de Lassus” y Lejour’ de tratar de eliminar esta molesta cicatriz. A nosotros enseñanzas nos han sido de gran ayuda en las pequeñas y medianas hipertrofias. Sin embargo, con las técnicas recomendadas por estos autores, con cicatriz vertical sola, no hemos podido obtener resultados satisfactorio larga distancia en mamas de tamaños como los que ellos muestran. En estos casos seguimos partidarios de la técnica en T invertida, con la que si podemos asegurar que la cicatriz submamaria queda prácticamente escondida y que la forma obtenida se mantiene a lo largo de los años, sin más modificación que la propia de edad de la paciente, pero sin sufrir descenso ni otra deformidad añadida. Esto, que sigue siendo hoy discutido es lo que a continuación intentaremos demostrar.

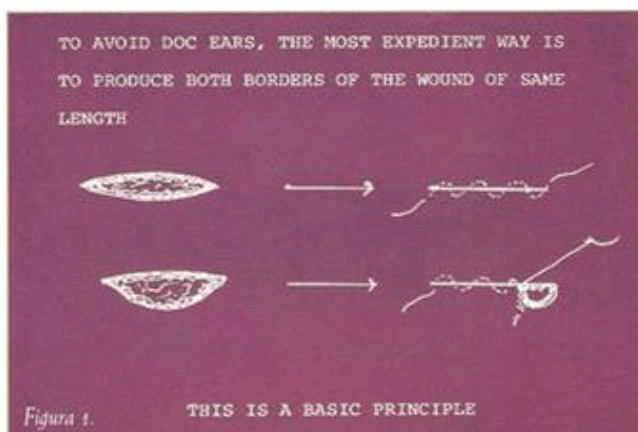
Afortunadamente, también los medios para disimular las cicatrices son cada día mejores. La compresión y la cortisona se conocen de antiguo, pero las laminas de silicona más recientemente aparecidas en el mercado han mejorado mucho el pronostico.

En lo que todo el mundo esta de acuerdo es que las grandes hipertrofias y las gigantomastias no pueden ser tratadas con la técnica de cicatriz vertical. La técnica en T invertida, en cambio, es igualmente útil para mamas de cualquier tamaño, e incluso para mamas ptósicas, no hipertróficas, flácidas, sin apenas contenido glandular o graso, pudiendo aumentar su tamaño, si es preciso, con la adición de prótesis. Una gran ventaja de este procedimiento es que con una sola técnica pueden resolverse los casos mas variados.

Al hablar de medidas en sentido abstracto (mamas medianas, mamas pequeñas), es imposible definir tamaños precisos, pero la experiencia del cirujano le llevara a escoger la técnica que mejor se adapta a cada caso.

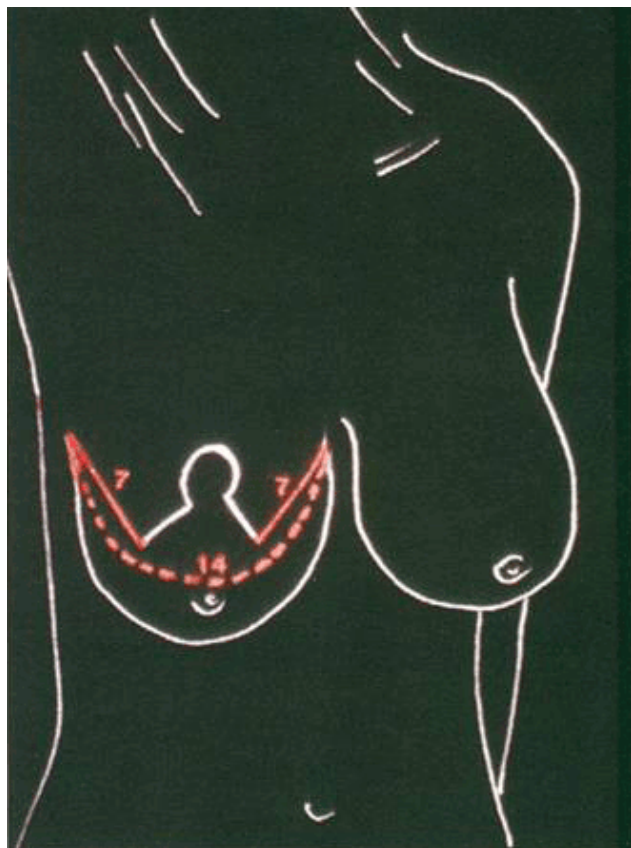
UNOS PRINCIPIOS GENERALES CREEMOS QUE PUEDEN SER DE INTERÉS

1. Las cicatrices en el tórax, cualquiera que sea su situación, son malas cicatrices, con frecuencia se hipertrofian. Por ello es importante cuidar estas cicatrices durante el curso postoperatorio.
2. Ya que no podemos evitar las cicatrices, hay que intentar esconderlas. Todo esfuerzo en este sentido será beneficioso.



Por razones difíciles de precisar, la cicatriz que más disimulada queda es la vertical y es por tanto la que me preocupa al cirujano. Pensamos si puede ser debido a que esta cicatriz se apoya sobre el sujetador, y es sabido que la compresión continuada es uno de los mejores recursos para disimular las cicatrices. El sujetador, en cambio, no comprime las cicatrices submamarias y esto puede observarse con la marca que la tira del sujetador

deja en la piel cuando la mujer se libera del mismo.



4. La única forma de evitar las llamadas "orejas de perro" en los extremos de las suturas, es procurar que los bordes de uno y otro lado de la herida sean iguales (Fig. 1); longitudes diferentes acaban en suturas forzadas y más largas, y lo peor del caso es que el problema lo encuentra el cirujano al final de la operación, cuando no es posible hacer cambio alguno (Fig. 2). Por esto es necesario que la suma de la longitud de los dos pedículos sea igual que la longitud de la incisión submamaria (Fig. 3). Esta regla puede ser tomada con menos rigidez por el cirujano experto, que conoce bien la forma de ir igualando progresivamente los bordes de la herida a medida que avanza la sutura, pero es de gran ayuda al principiante.

5. El surco submamario es una formación totalmente a los planos profundos. Este concepto, que no es admitido por muchos cirujanos, intentaremos demostrar seguidamente. El ejemplo más claro de que el surco submamario es una entidad fija lo hemos visto todos los cirujanos al practicar una lipectomía abdominal clásica: despegamos la pared abdominal extensamente por encima de las costillas hasta cerca de las mamas y la traccionamos después, forzándola a descender hasta el ombligo al pubis.

Nunca hemos oído de una mujer que se haya quejado de que le han descendido las mamas después de una lipectomía abdominal. Sin embargo, nuestro problema en esta operación es el ascenso del pelo del pubis, porque el pliegue inguinal no está adherido a la profundidad y cede mucho. Lo mismo vemos al colocar una prótesis mamarias: si pretendemos descenderlas, veremos que es muy difícil despegar el surco submamario; lo atravesamos, ya no podremos tomar soluciones intermedias, la prótesis ya no se aguantará por encima del surco. Y a no ser que lo cerremos quirúrgicamente, el espacio creado no se cerrará, por mucho tiempo que el paciente lleve vendajes alrededor del tórax tratando de ocluirlo. Esta fijación del surco, explica por que la incisión submamaria colocada exactamente en el mismo nivel no se desplazará jamás y quedará permanentemente escondida en el pliegue. Cuando una cicatriz submamaria aparece a la vista en la parte baja de la mama, estando la paciente en posición vertical, podemos asegurar que el marcaje fue defectuoso. Más tarde explicaremos como marcar esta línea correctamente.

6. Una cicatriz puede retraerse, acortarse, engrosarse, hacerse queloidea, pero jamás se alarga (principio básico de cirugía plástica). La distancia entre el borde inferior de la areola y el surco submamario no debe ser mayor de 6 cm. En las mamas muy pequeñas, 5 cm son a menudo suficientes. Una distancia mayor permitirá que los tejidos de relleno, que tienden a descender, encuentren espacio suficiente para acumularse en la parte inferior de la mama. Entonces, el polo inferior abulta hacia abajo y la areola, que está fija en la piel, sufre un falso movimiento ascendente (Fig. 4 a y b). Al principio, la deformidad no se ve porque el tejido cicatricial aguanta temporalmente la forma, pero la deformidad va apareciendo a medida que se ablandan los tejidos. La paciente y a veces el mismo cirujano creen que las mamas han vuelto a descender. Si así fuese, las areolas también hubiesen descendido y la deformidad sería poco evidente (Fig. 5). Hay quien cree que se han aflojado las suturas, o bien el mismo cirujano acaba creyendo que se equivocó y que colocó las areolas demasiado altas. En cambio, una cicatriz corta entre dos puntos fijos (areola y surco submamario), no permite este descenso (Fig. 4a), porque no es solo la cicatriz la que aguanta, sino que todos los tejidos están conformados a esta medida.





Figura 4 a y b. Una longitud excesiva de la cicatriz submamaria, da como resultado una mama deforme



Figura 4 a y b. Una longitud excesiva de la cicatriz submamaria, da como resultado una mama deforme

En las mamas no operadas, que por un proceso natural cuelgan (mama ptósicas), cuelga toda la mama, y la areola no se desplaza hacia arriba (Fig. 6). Tampoco se deforman en los raros casos de hipertrofia virginal verdadera, cuyas mamas suelen volver a hipertrofiarse después de pasados unos años; la paciente I. E. de 36 años de edad (Fig. 7a), es un buen ejemplo. Esta paciente fue operada por nosotros, logrando un buen resultado (Fig. 7b). Cinco años después, las mamas habían crecido nuevamente, en especial la mama derecha (Fig. 7c) pero en cambio los pezones se mantenían en posición normal y el polo inferior no colgaba.

Toda la mama había crecido, pero no se había deformado. Si la reducción mamaria se ha hecho siguiendo las reglas del arte, una vez pasado el periodo inflamatorio propio de toda intervención, la mama mantiene la misma forma, aun después de pasados muchos años (Fig. 33, 34, 35 y 36), incluso después de embarazos y lactancia.

No conocemos ninguna forma de evitar la involución propia del paso de los años con el consiguiente ablandamiento de los tejidos, pero si la reducción se hizo correctamente, las mamas sufrirán esta involución pero las areolas no cambiarán de posición ni colgará la parte inferior del órgano (Figs. 33, 34, 35 y 36).



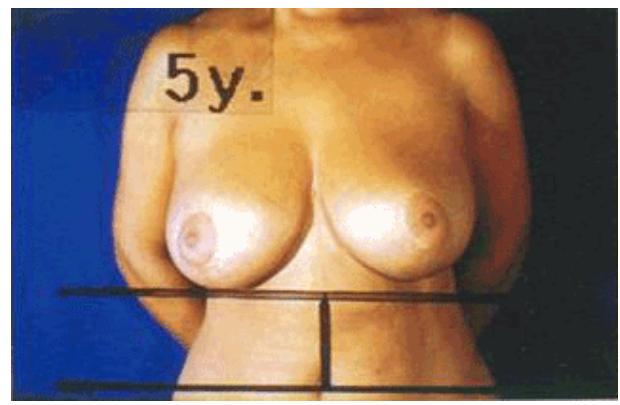
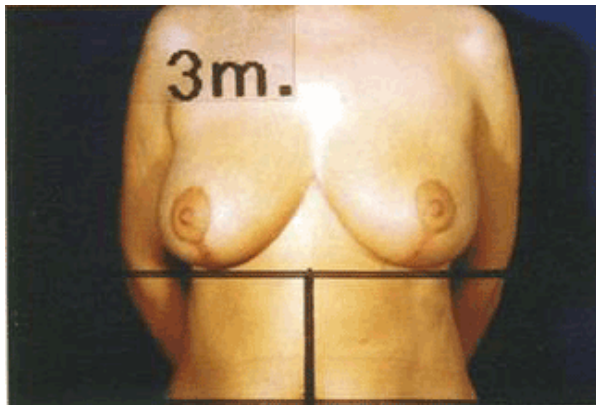


Figura 7 a. Paciente afectada de hipertrófia virginal vera. b, Resultado a los tres meses. Cinco años después las mamas habían crecido nuevamente, pero guardaban las proporciones normales

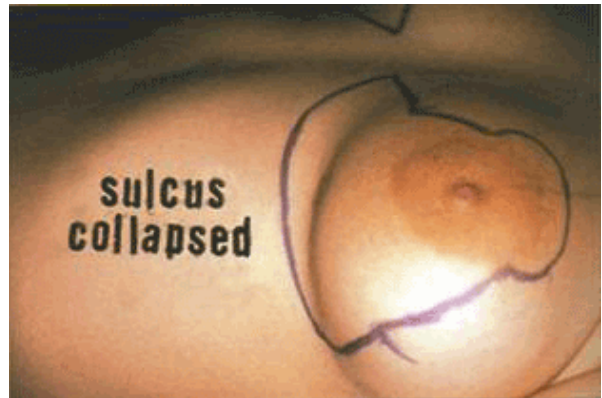
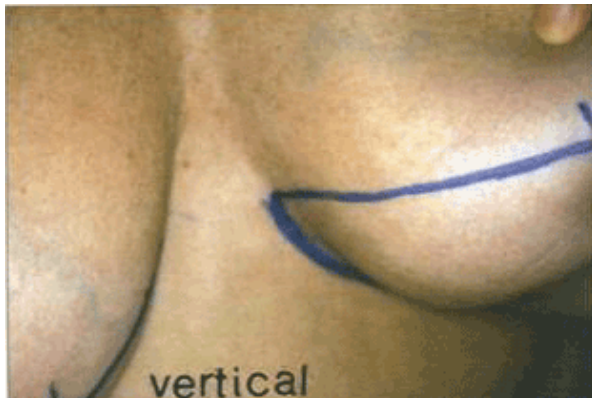


Figura 8 a. Surco submamario marcado con la paciente en posición vertical, b. Al tenderse sobre la camilla la glándula mamaria se desliza hacia arriba.



Figura 9. Línea vertical y meridianos. Cada pedículo se ha alargado un centímetro para holgura.

TÉCNICA PERSONAL DE REDUCCIÓN MAMARIA (CICATRIZ EN T INVERTIDA)

Nuestra técnica, como tantas otras, no es más que una modificación del primitivo procedimiento de Stromb modificado y madurado durante muchos años y basado en el empleo de un pedículo superior para transportar el complejo areola-pezones a su nuevo domicilio, y de un pedículo inferior glandular-grasoso, para relleno de la mama.

MARCAJE DE LA NUEVA MAMA

Una operación de reducción mamaria debe ser planeada y dibujada antes de la operación, procurando evitar todo cambio o improvisación durante el acto operatorio.

El marcaje debe hacerse con la paciente en posición vertical (dibujar la mama con la paciente dormida, es una lucha donde siempre gana el enemigo). Si marcamos con la paciente en posición horizontal, el tejido glandular se desliza hacia arriba y afuera. La cavidad que ocupaba se colapsa y la línea que pensamos estar marcando el surco, en realidad la estamos marcando en la piel de la propia mama (Fig. 8a y b).

Se comienza la marcaje trazando una línea vertical y media desde el ombligo hacia arriba y de

Se empieza la marcación, trazando una línea vertical y media desde el mango del esternon hacia abajo y do líneas también verticales a cada lado, que van desde la parte media de la clavícula al pezón correspondiente (Fig. 9). Estas últimas líneas se llaman meridianos. Seguidamente se traza la línea submamaria en el mismo surco, empezando a unos dos centímetros de la línea media y siguiendo hacia fuera hasta la línea axilar anterior, sin sobrepasarla (Fig. 10 a y b).

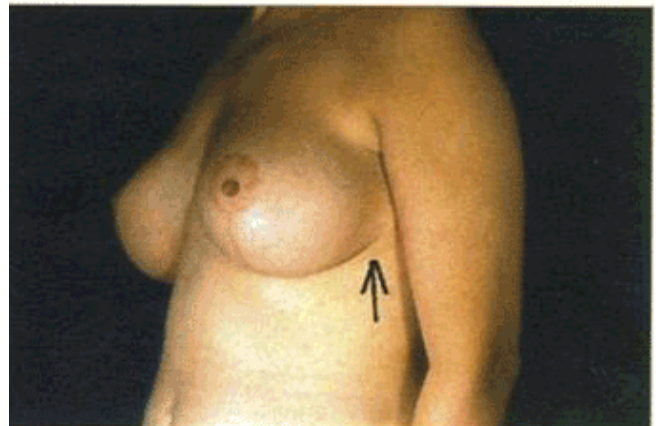
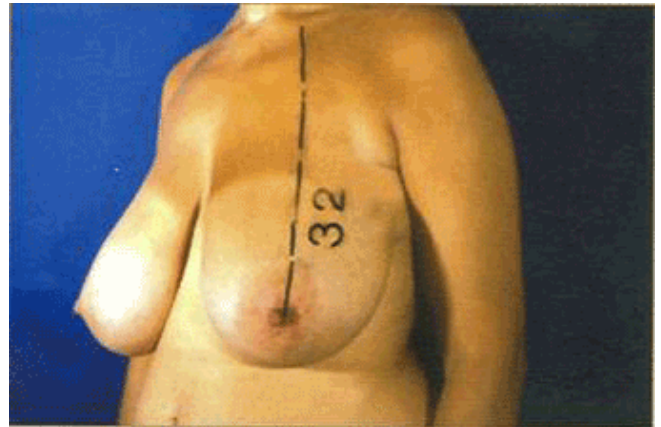
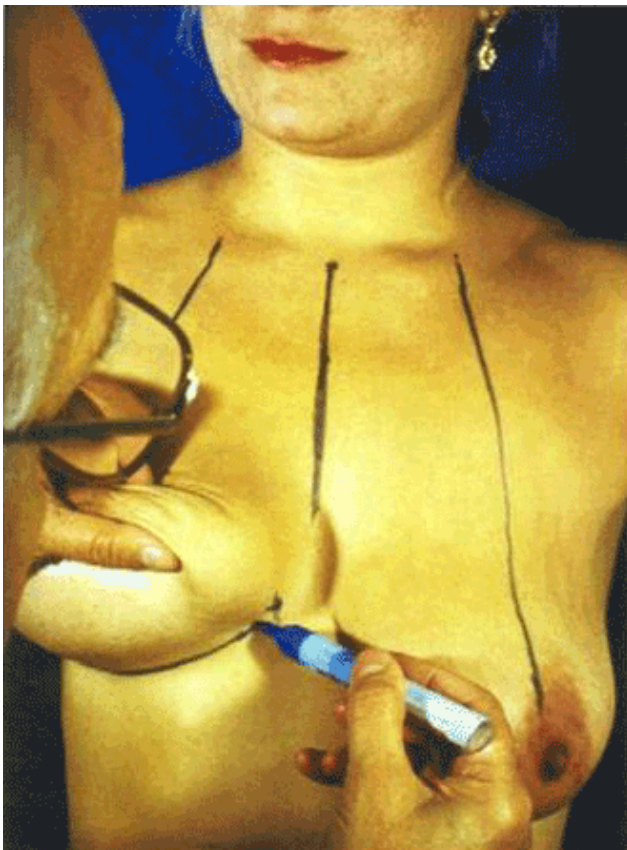


Figura 11 a y b. La reducción de una gran mama puede conseguirse sin que la cicatriz submamaria sobrepase límites aconsejados

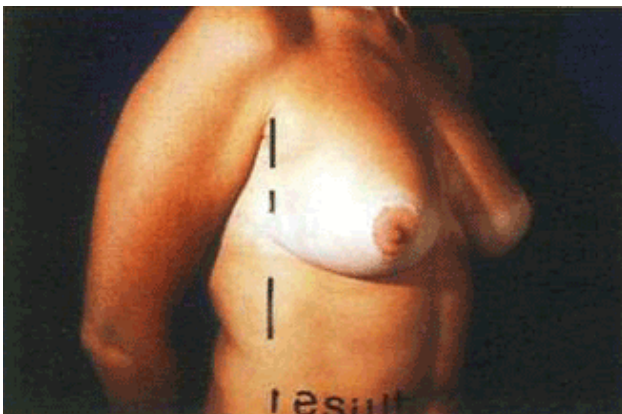


Figura 10 a y b. La incisión submamaria no debe exceder la línea axilar anterior.

La experiencia nos ha demostrado que manteniendo estos límites, la cicatriz submamaria queda escondida y esto es posible hacerlo prácticamente en todos los casos (Fig. 11a y b). Solamente en las mujeres obesas, en que las mamas se juntan en la línea media por fuera de la pared torácica, las cicatrices también se juntan en línea media. Pero este inconveniente se compensa añadiendo a la intervención una lipectomía supraumbilical siempre necesaria en estos casos (Fig. 12 a, b, c, d y e).

Esto debe explicarse previamente y de forma comprensible a la paciente y constar en el Consentimiento Informado, pero es aceptado siempre con gran satisfacción por parte de ellas. La longitud de la cicatriz submamaria es la llave de todas las otras medidas.



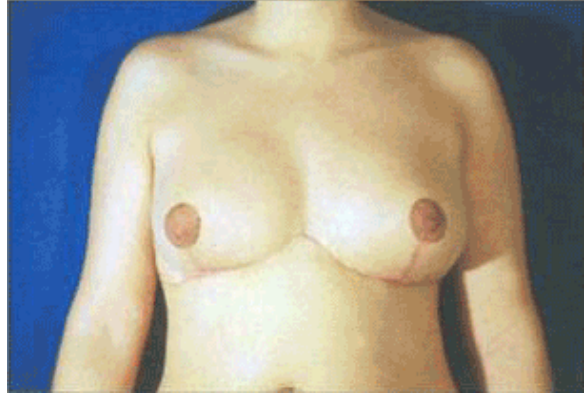
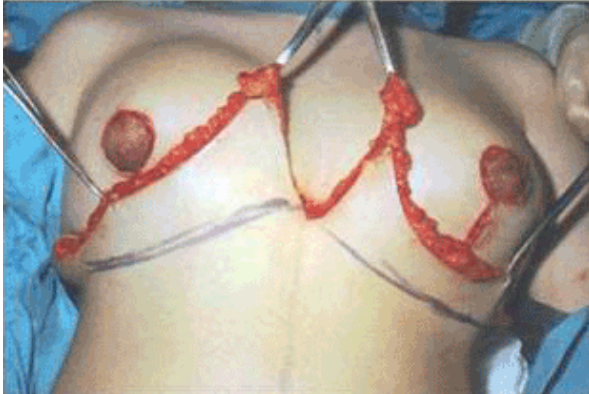
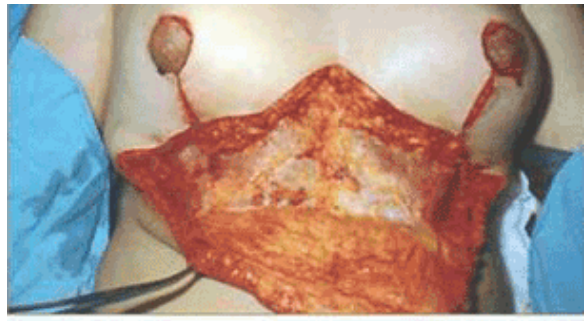
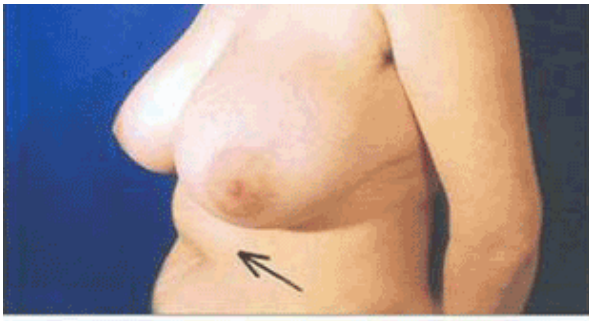
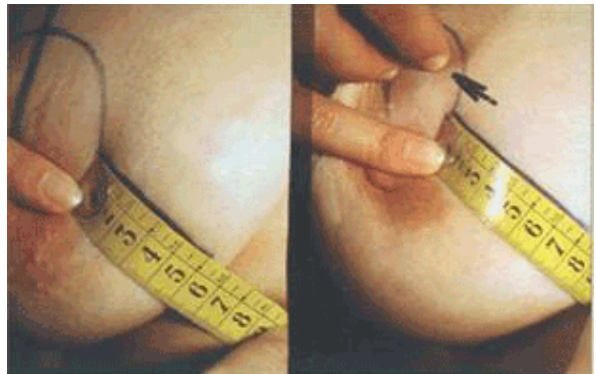
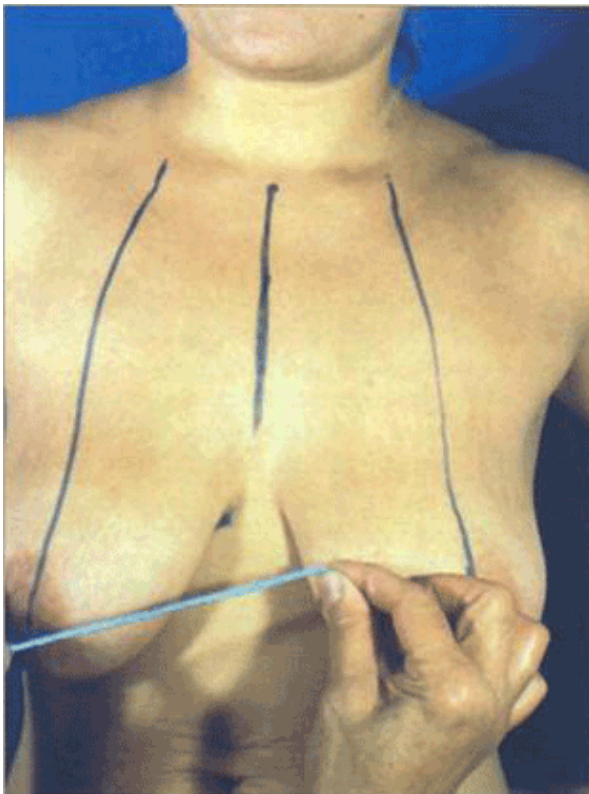


Figura 12 a, b, c, d y e. Cuando se juntan las cicatrices en la línea media, puede aprovecharse para hacer lipectomía supraumbilical.



Es importante que estas sean exactas. Con una cinta métrica, se toma la longitud de esta línea (Fig. 13). Esta medida la necesitaremos después, para dar la mitad de esta distancia a cada pedículo y así la suma de las dos será igual a la longitud submamaria.

La longitud de la cicatriz vertical se tomara tensando mucho la piel (Fig. 14). Hay que recordar que la mama tiene con frecuencia los tejidos blandos y que, una vez operada, queda embuchada dentro de una funda cutánea totalmente distendida.

Figura 14. Esta medida de 5 cms tiene en realidad 7 cm con la piel a tensión.





Figura 15 a y b. Deslizando el patrón de Wise, en busca de la longitud adecuada de los pedículos.

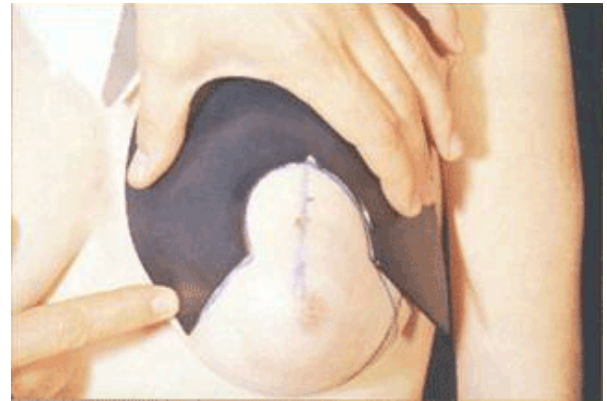
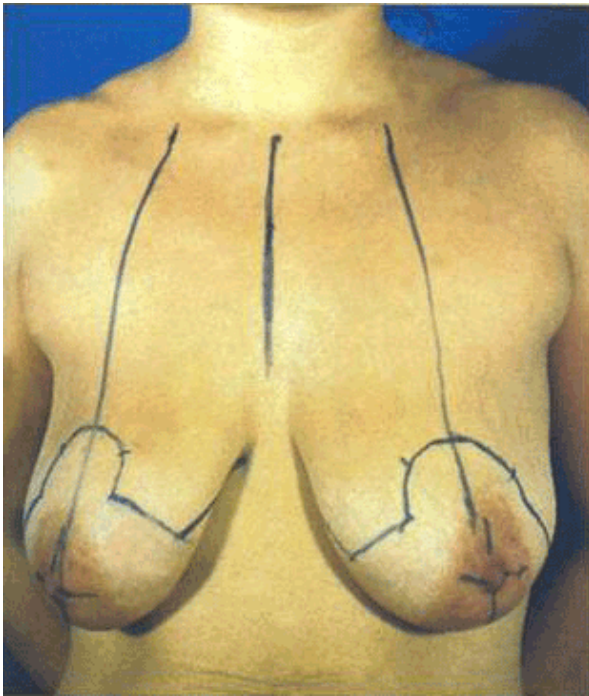


Figura 16 a y b. Delimitando el área.



Figura 17. Patrón de wise con las muescas

Figura 18. Marcando los puntos cardinales.

Las medidas en uno y otro caso son diferentes (a veces hay varios centímetros de diferencia) y pueden hacer cambiar el resultado. Muchos resultados defectuosos especialmente el descenso del polo inferior de la mama que ya hemos explicado, se deben a que el cirujano tomó las medidas sin tensar la piel.

Altura de los pezones. Son muchas las referencias y medidas que se han dado para calcular la altura en que deben ir situados los pezones. Se considera que la medida correcta es colocarlos a 21 cm por debajo de la clavícula en el meridiano correspondiente. Pero se comprende que no puede darse una sola medida para los diferentes tipos de cajas torácicas. Con la técnica que nosotros empleamos, la altura viene dada automáticamente. También con esta técnica, la extirpación del exceso de tejidos es la última maniobra de toda la operación, es decir, se acaba el acto operatorio sin haber extirpado los tejidos sobrantes, lo que permite modificar el volumen o igualar las asimetrías hasta el último momento. Nosotros colocamos el patrón de W en el "meridiano" correspondiente, de forma que moviéndolo hacia arriba o hacia abajo variamos la longitud de los pedículos, buscando que cada uno tenga la mitad de la longitud de la línea submamaria (Fig. 15 a y b). Cada centímetro de desplazamiento del patrón hacia arriba o hacia abajo gana lo mismo en la longitud de cada pedículo, que por ser dos representa el doble de longitud.

Ahora ya podemos dibujar todo el perímetro de la extirpación (Fig. 16 a y b). Para evitar una tensión exagerada al suturar los pedículos entre sí, es prudente dar un centímetro más a cada uno (Fig. 9). Para que el patrón se mantenga exactamente la línea del "meridiano" en sus movimientos verticales, sin oscilar, se tallan dos muescas en los bordes superior e inferior del patrón (Fig. 17). En las mamas flácidas el marcaje es incómodo y difícil, y es mejor tener un ayudante que tense los tejidos.

TÉCNICA OPERATORIA

Para disminuir la hemorragia intraoperatoria se infiltran las incisiones con una solución de 130 cc de suero fisiológico, 30 cc de lidocaina al 2% y 1 miligramo de adrenalina, cantidad suficiente para las dos mamas. Las medidas son tan fiables que empezamos siempre la operación incidiendo toda la línea de demarcación

área, sabiendo que los bordes de las heridas se ajustaran al plan preconcebido. Para trabajar con mas comodidad, se pone ahora la mama a tensión, arrollando alrededor de la base de la misma, una cinta elástica de velcro (Fig. 18) Con un anillo metálico de 4,5 cm de diámetro se marcan los limites de la areola y para evitar distorsiones, se señalan por punción con tinta los cuatro puntos cardinales en la areola y en el mismo sitio en la piel de alrededor. Con una incisión superficial se sigue toda la línea de demarcación, tanto de la areola como la del patrón y línea submamaria. La piel incluida en esta zona esta destinada a ser eliminada, y trozo comprendido entre la areola y los pedículos se desepiteliza (Fig. 19 a y b). Con una pinza de Kocher potente mordiendo esta zona, se sostiene la mama en alto (Fig. 20) y, con otra pinza en la piel de la mama p desplegarla y extenderla, se corta oblicua y profundamente a ambos lados, dando al vaciado forma de cúpul gótica (fig. 21), según técnica de Arie-Pitanguy.

No hay que temer al hacer el vaciado dejar pocos tejidos en el colgajo. Al fin y al cabo, estos tejidos quedan colgando y no se eliminan, y podremos usarlos con el pedículo de relleno; pero con un amplio vaciado el trabajo es mucho más cómodo y la forma final de la mama nos gustara más. Se cortan ahora unos tres o cuatro centímetros en cada extremo del colgajo inferior, para que los tejidos cuelguen mas (Fig. 22). Esto deja el campo aun más libre y facilita el trabajo. Se despega ahora el colgajo superior de la aponeurosis del músculo pectoral hasta aproximadamente la tercera costilla y en una extensión de unos diez centímetros de anchura (Fig. 23 a, b). Es útil despegar con el bisturí eléctrico, y si se sigue a ras de la aponeurosis, prácticamente no sangra. En la parte externa y profunda se encuentra a veces un pequeño vaso que se cauteriza. Si por temor se despegó insuficientemente esta zona, será imposible luego rellenar la parte superior de la mama y dar una forma agradable al órgano creado. Esta prominencia de la parte superior de la mama, que luego cederá un poco, es que más aprecian las pacientes. Queda así la mama dividida en dos colgajos, el superior que contiene el complejo areolar, y el inferior formado un delantal de piel y el exceso de tejidos, que se han dejado colgando

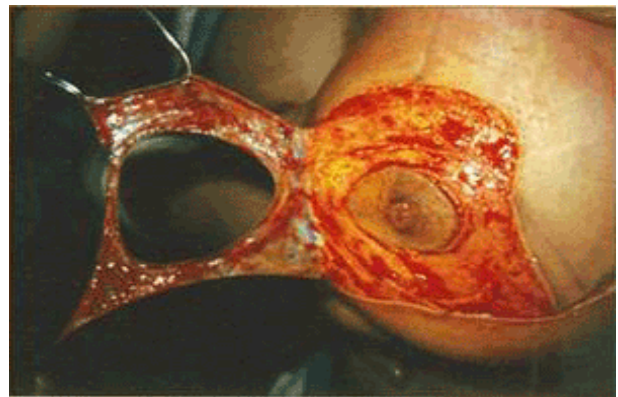
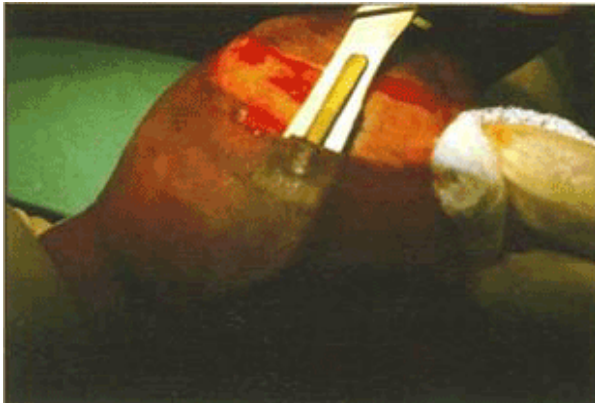


Figura 19 a y b. Desepitelación de la zona delimitada.

