

11211
2ej.
16



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado
Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza
Instituto Mexicano del Seguro Social

MAMOPLASTIA DE REDUCCION BASADA EN LA TECNICA
DE PEDICULO INFERIOR UNICO MODIFICADO

T E S I S

Que para obtener el Titulo en la Especialidad de:
CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA

presenta

DR. MIGUEL REYES GUERRERO



México, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1986



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

R E S U M E N

Se presenta una técnica de mamoplastia de reducción basada en un pedículo único inferior modificada. Con ésta técnica se intervinieron 8 pacientes que presentaban hipertrofia mamaria bilateral; las modificaciones hechas fueron: La incisión horizontal se hace 1 cm. por arriba del pliegue inframamario, se dan medidas para la base del pedículo de 7 cm., los cortes para las resecciones son en forma de bicel.

Esta técnica tiene fundamentos anatómicos definidos que respetan vascularidad y sensibilidad del complejo areola pezón, e igualmente permitiendo resecciones de mínimas a mayores de tejido mamario dándole universalidad para su aplicación en cualquier grado de hipertrofia mamaria.

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	2
ANATOMIA QUIRURGICA DE LA MAMA	7
DESCRIPCION DE TECNICA DE MAMOPLASTIA DE REDUCCION BASADA EN PEDICULO INFERIOR UNICO MODIFICADO.....	12
MATERIAL Y METODOS	23
RESULTADOS	26
COMENTARIOS	29
BIBLIOGRAFIA	33

**
*

I N T R O D U C C I O N

Para la cirugía plástica y reconstructiva ha sido desde siglos atrás como lo veremos más adelante, un motivo de estudio e investigación constante el tema de la cirugía mamaria. En las últimas décadas es cuando se han obtenido los hallazgos más importantes para el desarrollo de técnicas que logran resultados post-operatorios cada vez mejores de acuerdo a la patología mamaria tratada; así pues considero que en el campo de

mi especialidad éste tema sigue siendo de gran actualidad y cualquier contribución al manejo de estos pacientes es de gran importancia por la elevada casuística de dicha patología.

Haciendo mención al tema del presente trabajo: mamoplastia de reducción técnica utilizada para el manejo de la hipertrofia mamaria padecimiento que le ocasiona a la enferma trastornos orgánicos: dérmicos, posturales, síndromes dolorosos, desajustes en las relaciones interpersonales y deterioro de su autoimagen. Problemas que considero de gran importancia en la vida de cualquier mujer los cuales son mejorados con la disminución del volumen mamario lográndose con esto un contorno y perfil mamario que este de acuerdo con la figura corporal total de la enferma.

Es un propósito igualmente presentar una técnica de mamoplastia de reducción basada en pédiculo inferior único modificada, técnica que respeta la sensibilidad del complejo areola-pezones, mantiene la función lactogénica de la glándula y le da solución a la sintomatología orgánica y los desajustes de la esfera biopsicosocial de la enferma.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

En la época de Hipócrates ya se empezaron a practicar amputaciones mamarias con fines religiosos; más tarde Pablo Egima, hizo reducciones en casos de gigantomastia. En los años del renacimiento son importantes los avances en el conocimiento de la anatomía mamaria por Leonardo Da-Vinci, Ambrosio Paré y Gaspar Tagliacozzi. La primera mamoplastia de reducción se le reconoce al médico inglés Will Durston en 1669; en el siglo XIX, nace la era de la cirugía plástica moderna con los profe-

sores Johan F. Dieffembach, Bernhard Von Langembeck, -- quienes manejan la hipertrofia mamaria con amputaciones que incluyen el complejo areola pezón. Theodore Gaillard Thomas, reseca tumores mamarios por medio de incisiones inframamarias con buenos resultados en la cicatriza--- ción de la herida quirúrgica,

Pousson, publica su técnica en 1897, reseca piel y tejido mamario de los cuadrantes superiores; Morestin en 1905, es el primero en despegar la mama de la aponeurosis del músculo pectoral mayor, además reduce el diámetro de la areola, Thorck en Chicago práctica amputaciones parciales mamarias y reconstruyendo el complejo areola pezón como injerto libre en el sitio deseado. • Lexer y Kraske en Berlin conservan por primer vez el -- complejo areola pezón utilizando resecciones mediales, • Dufourmentel en 1925, practica incisiones verticales y horizontales para hacer reducciones mamarias a sus pa- cientes.

Hasta el momento según los escritos de Beinserberger de 1928, refiere que las técnicas usadas hasta ese momenu

to no ofrecían resultados uniformemente buenos y desarrolla una nueva técnica practicándola en 570 pacientes la cual se basa en resecciones laterales en forma de S conservando el complejo areola pezón y transportándolo con su pedículo a su sitio planeado.

Scharzmaan en Europa inicia la era de la mamoplastia moderna en 1930 señalando que la nutrición del complejo areola pezón estaba dada por un plexo vascular dermoepidérmico, y crea de esta forma un colgajo de grasa de base superior permitiendo de esta forma resecciones amplias de tejido mamario y transpone el complejo, con esto hace su publicación de 150 casos con buenos resultados.

Hoy se conoce con mayor claridad la circulación íntima de la glándula mamaria delimitándose territorios vasculares los cuales se anastomosan entre si para formar una verdadera red dermoepidérmica que nutre el complejo areola pezón. En base a lo anterior se desarrollan las técnicas que hasta el momento se están practicando en la mayoría de los servicios de Cirugía Plástica y Reconstructiva como son: Técnica de pedículo hori

zontal publicada por Strombeck en 1960; Mackissock la modifica dejando un colgajo bipedunculado vertical; Ivo Pitanguy deja un pedículo de base superior; Paule Regnaud; crea su técnica en "B"; y por último las técnicas de pedículo inferior que se precursor fué Liacyr Ribeiro de Brazil; quién hace resecciones de tejido mamario de los cuadrantes superiores, Eugene Courtiss y Robert M., Goldwyn quienes la modifican en 1977, y Thomas Robbins en Australia delimita aún mas la base del pedículo; es importante también la publicación de Stephan Ariyan en New Haven, EE. UU. donde reporta 10 casos con estudios intraoperatorios de vascularidad del complejo por medio de la inyección de fluoresceína al 10%.

Estas últimas técnicas permiten resecciones amplias adecuadas para obtener el tamaño y el volumen deseado y lo más importante; dan la seguridad de la supervivencia del complejo areola pezón el cual es transportado en el pedículo.

ANATOMIA QUIRURGICA DE LA MAMA

La glándula mamaria de la mujer adulta se localiza entre la 4. y 6 costilla y el esternon y la línea axilar anterior. Es de forma y tamaño variable.

Es una glándula subcutánea, esta separada de la -- piel por una capa de tejido areolar laxo y una capa de tejido adiposo, plano en el cual se pueden levantar colgajos para su reconstrucción. El parénquima mamario es

ta rodeado de un tejido transparente facial que se continua con la facie del pectoral dividiendo la mama en lobulos, tabiques que son más numerosos en los cuadrantes superiores y se les conoce como ligamentos suspensorios de cooper.

La glándula descansa en su parte central sobre el pectoral mayor, el área más inferior sobre el oblicuo externo y la prolongación axilar sobre el serrato anterior y el dorsal ancho, en este plano es fácil despegar toda la mama de la pared torácica anterior.

El complejo areola pezón el cuíl es la parte de - mayor proyección mamaria se encuentra en la parte central de la mama. Recibe gran aporte vascular, debe -- ser cuidadosamente manejado en las técnicas de transposición de este en los casos de cirugía mamaria reductiva.

La reola puede tener forma y tamaño variable, el pezón normalmente se encuentra localizado a 1 o 2 cm. por fuera de la línea medio clavicular y una ligera -

inclinación hacia arriba. Su emergencia es de aproximadamente 1.5 a 2.5 cm. sobre la superficie de la areola.

IRRIGACION:

Es un órgano muy vascularizado y sus principales arterias nutricias son:

- 1.- Arteria mamaria interna con sus perforantes - de I a la V, siendo las más constantes según los estudios en cadáveres de Selmik ⁽¹¹⁾, 4 y 5 de las cuales depende en su mayor parte la vascularidad para el complejo areola pezón.
- 2.- Las arterias perforantes intercostales posteriores ramas de la aorta descendente.
- 3.- La arteria torácica lateral y la mamaria externa rama de la axilar que no es constante.

De esta manera se mantiene una unidad bien vascularizada formandose un sistema con múltiples anastomosis a nivel de la dermis y forman de esta manera redes vasculares dermo-epidérmicas terminales.

El drenaje venoso se inicia en un plexo subcutáneo que en sus cuadrantes internos, los cuales llegan a la mamaria interna y los laterales a la vena axilar.

El drenaje y cadenas ganglionares sistema muy importante para la cirugía oncológica mamaria, se inicia en dos grupos uno superficial subareolar que drena a los ganglios axilares y pectorales, y estos a su vez a la cadena subclavia; el grupo profundo drena a la cadena mamaria interna y a los ganglios mediastinales.

INERVACION:

La sensibilidad superficial y profunda tiene un comportamiento igual a cualquier otra área del cuerpo.

En estudios recientes de disecciones en cadáveres se hizo por parte de Guaig (13), se confirmó la inervación por parte de las ramas anteriores de los nervios intercostales 3, 4 y 5, distribuidos de la siguiente forma:

FORMA: Región supraareola inervada por el tercer

complejo areola pezón por el 4 e intraareolar por el 5, descripción que corrobora los estudios del Dr. Cooper en 1840.

DESCRIPCION DE LA TECNICA DE MAMOPLASTIA DE REDUCCION
BASADA EN PEDICULO INFERIOR UNICO MODIFICADO

Teniendo un concepto claro sobre la anatomía mamaria y una valoración previa de las características que presenta la glándula mamaria trazamos nuestro plan quirúrgico que es seguido tanto en el marcaje como en los pasos transoperatorios todos ellos de igual importancia para obtener un buen resultado.

Como fue descrito en otra parte de éste trabajo, hago mención a los antecesores y precursores de esta técnica y a la cual le hemos practicado ciertas modificaciones tanto en las marcas como en la técnica transoperatoria y ellos fueron: Liacyr en Brazil (11), ---- Courtis y Goldwyn (4) en los hospitales de las Universidades de Boston y Harvard en EE. UU., Thomas Robbins (12) en Victoria Australia, y Stephan Ariyan (1) en la Universidad de Yale EE. UU. Trabajos que fueron la base para llevar a cabo nuestra técnica que será descrita aquí.

MARCAJE:

Lo realizamos con la paciente de pie y en una posición erecta del tronco.

Iniciamos determinando los puntos supraesternal, medios claviculares y apéndice Xifoides, delimitamos en toda su extensión el pliegue inframamario; de esta forma tendremos una línea medial a la cuál deben ser equidistantes todos los puntos para la mama izquierda y derecha, una línea mamaria media sobre la cual definiremos la nueva posición del complejo areola pezón y

el pliegue inframamario que será básico para otro tipo de medidas. (Figura No. 1).

PATRON QUE SE UTILIZARA:

Para un marcaje en este tipo de técnicas hemos --
elegido el patrón propuesto por el Dr. Mackissock el -
cuál es un alambre que tiene las siguientes dimencio--
nes en el ojo de la llave tiene un diámetro de 4 cm.,
los brazos tienen una longitud de 4 mm. esta es una me
dida que será ajustada de acuerdo al grado de hipertro
fia, los brazos tienen una longitud de 4 cm. ésta sera
la distancia complejo areola pezón pos-operatoria. --
Por ser un alambre tenemos la posibilidad de darle una
menor o mayor abertura a los brazos según nuestro plan.
(Fig. No. 2).

LOCALIZACION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON.

Utilizando el patrón en mención hemos considerado
que una referencia básica para la altura deseada del -
complejo es el pliegue inframamario, ya que este es el
límite y sobre el cual debe encontrarse el complejo en

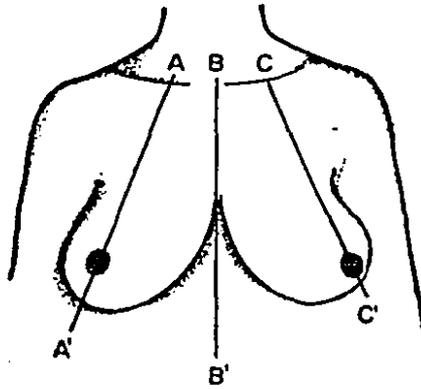


FIGURA No. 1.- Marcación de las líneas external media; mamarias medias derecha e izquierda.

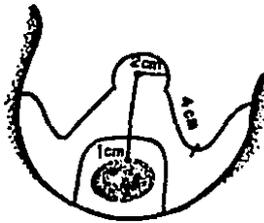


FIGURA No. 2.- Patron de Mackissock colocado a la altura elegida del complejo areola pezón y sus dimensiones.

una mama normal. Hacemos la maniobra de proyectar el pliegue inframamario a nivel de la línea mamaria media ya trazada por palpación. Hemos también utilizado mediciones que oscilan entre 18 y 21 cm, de distancia - del punto medio-clavicular. Es importante acordarnos - en este paso del problema que se crea cuando se deja - un complejo alto pos-operatorio si tenemos en cuenta - que por gravedad la mama tiende a caer y el pezón queda alto al sitio teóricamente deseado.

DELIMITACION DE LOS COLGAJOS LATERALES Y MEDIAL.

La longitud de ellos nos lo da el patron, en este paso es importante considerar que entre más largos sean mayor será la distancia entre complejo pliegue inframamario, en esta técnica hemos dado la longitud de 4 cm, es igualmente importante determinar la abertura de los brazos del patron pues así obtendremos mayor o menor - brasier de piel, si se cierran o se separan. De acuerdo al criterio del cirujano y dependiendo de la cantidad de tejido mamario a resecar.

Desde este punto extremo del patrón hacemos una prolongación hacia los extremos medial y lateral del pliegue inframario en forma de S lo cual dará un mejor contorno y se pueden hacer ajustes en la afrontación de los colgajos en la parte final de nuestra cirugía. Es importante hacer la observación que debemos en lo que sea posible obtener una cicatriz horizontal con la menor longitud posible sobre todo en el lado medial de la mama (Fig. No. 2).

DELIMITACION DE LA DIMENSION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON:

En los diversos grados de hipertrofias encontramos que el complejo por el peso y gravedad esta deformado, perdiendo la forma circular caracterfstica, por lo cual tendremos que hacer los ajustes del caso y que estas medidas esten de acuerdo con las del ojo de la llave del patrón, así marcamos centrado el pesón un diámetro de 4 cm. para la areola.

MARCACION DEL PEDICULO INFERIOR E INCISION HORIZONTAL.

Un cm. por encima del límite superior en la línea mamaria media de la areola trazamos un nuevo círculo - que rodea la areola y al cual al llegar al inicio de - los brazos del patrón lo prolongamos hasta el pliegue - inframario, donde hemos marcado una distancia de 3.5 - cm. tanto medial como lateralmente de la línea mamaria media obteniendo de esta forma un pedículo de 7 cm. en su base área que será manejada con extremo cuidado en el transcurso de la cirugía. La incisión horizontal - se trazó un centímetro por arriba del pliegue inframario ya marcado, dando de esta manera por terminado - el primer paso y el cuál es la base para el resultado - final (Fig. No. 3).

TECNICA OPERATORIA:

En posición decúbito dorsal total infiltramos las incisiones y el parénquima mamario con una solución de Xilocaina al .5% con epinefrina al 1 por 100,000. --- Aproximadamente 50 cc en cada mama bajo monitore de FC

y TA, por parte del anestesiólogo.

El primer paso es la incisión en el límite de la areola hasta la dermis seguidamente incisimos hasta la dermis los límites del pedículo, ésta área la despitelizamos con las técnicas acostumbradas.

Se hacen las incisiones sobre el patrón en su totalidad hasta tejido celular subcutáneo y levantamos los colgajos lateral y medial de un grosor moderado.

Esas áreas comprendidas entre el límite del colgajo depitelizado y el límite de los colgajos ó sea los dos triángulos lateral y medial serán las que resecaremos al igual que el contenido entre el límite superior del colgajo y el ojo de la llave, áreas A, B y C de la Figura No. 4. Estas resecciones las realizaremos haciendo cortes en bisel sobre el tejido mamario residual siguiendo la forma cónica que queremos dejar en el tejido mamario (Fig. No. 6).

Una vez hecha la resección haremos un despegamiento total de todos los colgajos tanto lateral medial y

superior para que de esta forma en el momento de llevar a cabo el afrontamiento o como se ha dicho "armar", nuevamente la mama no tengamos tensión ni bridas que distorsionen el contorno mamario deseado.

Es importante durante la resección tener presente que nuestro pedículo quede completamente adherido al pectoral para respetar de esta forma su vascularidad y su inervación, lo que nos asegura una doble vascularidad (Fig. No. 5).

Previa revisión exhaustiva de la hemostasia procedemos al afrontamiento de los colgajos.

Colocamos el primer punto clave en las 12 horario de areola y lo llevamos a la marca central del ojo de la llave, un segundo es en el inicio de los brazos de los colgajos y los llevamos a las 6 horario de la areola, un tercer punto es en el extremo de los brazos los cuales los llevamos a la línea mamaria media sobre la incisión horizontal.

Aquí debemos valorar la simetría de resección que hemos hecho y si es necesario podremos efectuar los --

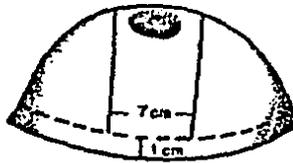


FIGURA No. 3.- Marcación de la anchura del pedículo; la línea punteada será la incisión horizontal.

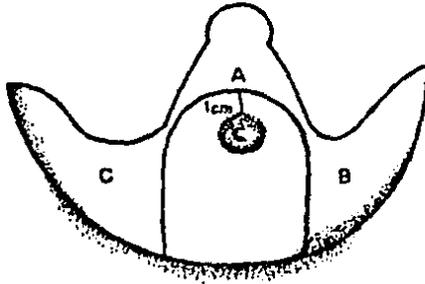


FIGURA No. 4.- Las áreas A, B y C serán resecadas. Observe la marca superior del pedículo 1 cm. por arriba de la areola.

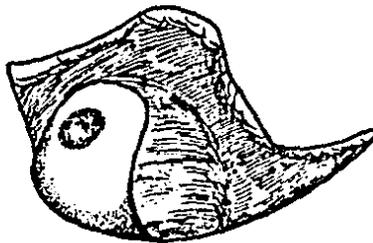


FIGURA No. 5.- Transoperatorio muestra el colgajo de base inferior completamente adherido a la aponeurosis pectoral.

ajustes del caso sin pérdida de tiempo (Fig. No. 6).

Para el cierre del área del complejo lo realizamos en dos planos colocando puntos intradérmicos invertidos con Dexon 0000 y para piel un surgente con dermalon 00000. Continuamos con la sutura de la incisión vertical igualmente en dos planos piel con sutura intradérmica dermalón 0000.

El cierre de la incisión horizontal debe ser cuidadosa para evitar desajustes de los colgajos y la iniciamos de los extremos hacia la línea mamaria media, dandonos oportunidad de compensar las distancias de los colgajos y la incisión horizontal (Fig. No. 7).

Posteriormente colocamos un vendaje poco compresivo y valoramos la paciente muy de cerca en el pos-operatorio inmediato sobre todo la vascularidad del complejo areola pezón.

A las 24 horas retiramos este vendaje, le colocamos a la paciente el sujetador de la talla deseada, el cuál será de un material que de una presión adecuada -

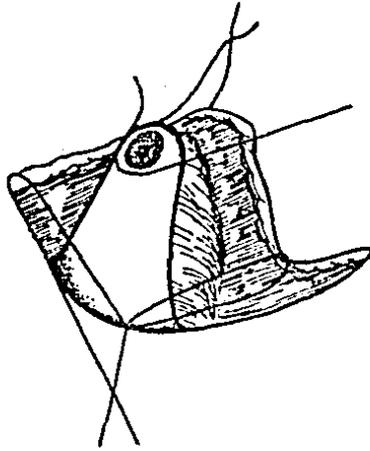


FIGURA No. 6.- Puntos claves de afrontamiento de los colgajos.

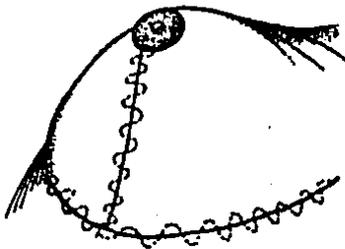


FIGURA No. 7.- Una vez suturada la mama.

esto le ofrece a la enferma una buena compresión y es muy práctico para la movilización de ella.

CONSIDERACIONES ESPECIALES DE LAS MODIFICACIONES EN ESTA
TECNICA

- I.- El marcar 1 cm. por encima del limite de la areola da una mayor seguridad a la parte superior de ésta y evita que accidentalmente la despeguemos en el paso de la despitelización, además ayuda al afrontamiento final.
- II.- Dejando una base de 7 cm. ofrece la posibilidad de practicar resecciones más amplias y es más fácil de transportar.
- III.- El colgajo medial que será resecaado tendremos que valorar muy bien la cantidad de tejido a extirpar pues se puede crear una depresión en esta área poco deseada, ya que es donde menos tejido hay.
- IV.- El marcaje de 1 cm. por encima del pliegue inframamario hace que la cicatriz horizontal-

final no sea traumatizada por el sujetador en el pos-operatorio inmediato y quedará oculta por esta prenda en el resultado final.

- V.- Es importante evitar una prolongación excesiva de la incisión horizontal en el sentido lateral y medial y esto es algo que perseguimos con esta técnica.
- VI.- Durante el paso de resección se debe tener el cuidado de no despegar el pedículo del pectoral para no lesionar vascularidad, inervación en el complejo areola pezón.

MATERIAL Y METODOS

En el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social, En el lapso comprendido entre marzo de 1984 y diciembre de 1985, se seleccionaron 8 pacientes con edades entre 18 y 24 años para practicarseles mamoplastia reductiva; las cuales fueron captadas en la Consulta externa de

nuestro servicio, refiriendo los siguientes signos y -
síntomas:

SINTOMAS	No. DE PACIENTES	%
Aumento de peso y volumen de la glándula mamaria	8	100
Cambios en la sensibilidad del complejo areola pezón	8	100
Modificaciones en las relaciones interpersonales y deterioro de su autoimagen	8	100
Alteraciones dérmicas locales	6	75
Dolor en las regiones cervical y torácica	5	62,5
Desviaciones del eje central de la columna vertebral	5	62,5
Dificultad para la expansión torácica durante el ejercicio	3	37,5

A las 8 pacientes (100%) se les practicó bajo anes

tesia general en los quirófanos de este hospital mamoplastia de reducción con la técnica de pedículo inferior modificado,

El tejido mamario resecaado peso entre 600 y 1,300 gr., piezas quirúrgicas que fueron enviadas a estudio-definitivo por el servicio de Anatomía Patológica, cuyos reportes definitivos fueron:

Mastopatía fibroquistica	4 pacientes 50%
Hiperplasia fibrosa	3 pacientes 37.5%
Fibrosis intraductal	1 paciente 12.5%

El tiempo de internamiento fué en promedio tres días. Luego de los cuales se dieron de alta para ser-seguidas por la consulta externa, inicialmente con citas cada 8 días y posteriormente cada mes, solo tres pacientes se pudieron seguir por 18 meses.

R E S U L T A D O S

Las 8 pacientes operadas no presentaron complicaciones transoperatorias, como tampoco en el posoperatorio inmediato.

Observamos supervivencia del complejo areola pezón y de los colgajos lateral y medial, en el 100% de los casos.

En el posoperatorio mediano y tardío valoramos los siguientes parámetros:

Sensibilidad del complejo areola pezón; Altura de éste; evolución de los síndromes dolorosos cervicotorácicos; características de la cicatrización y evaluación de su esfera psicológica.

Referente a la sensibilidad del complejo areola pezón; la valoramos objetivamente de acuerdo a pruebas de tacto y dolor, y encontramos que comenzaba su recuperación sensitiva en el tercer mes posoperatorio a -- los seis meses aumentaba considerablemente; en las tres pacientes que se siguieron durante 18 meses se apreció hipoestesia en la mitad inferior del complejo de la ma ma derecha en una paciente.

Si comparamos estos hallazgos con los reportes de los doctores Courtiss y Goldwyn ⁽³⁾; quienes revisan una casuística mucho mayor, vemos que persiste cierto grado de hipoestesia hasta 2 y medio años después de operada la enferma, con técnica de transposición del com plejo, lo cual es un resultado mejor que lo obtenido-

utilizando la técnica de injerto libre del complejo areola pezón según los estudios de Craig (5).

La altura del complejo areola pezón con relación al universo de la mama quedó más alto de lo esperado en 5 pacientes (37.5%).

El dolor a nivel de las regiones cervical y torácica, mejoró en las cinco pacientes que lo presentaban.

En cuatro pacientes (50%), las cicatrices finales presentaban moderada hiperpigmentación e hipertrofia, todos (25%) eran dolorosos sobre todo en el área lateral.

La mejoría de las relaciones interpersonales y la valoración de su autoimagen se logró en el 100% de las pacientes.

ESTA TERA DE SERE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

C O M E N T A R I O S

La cirugía mamaria reductiva ha sido un reto para el cirujano plástico y reconstructivo. El cuál trata de hallar la técnica que ofrezca los resultados más óptimos para la enferma, del cual se desprende la gran cantidad de técnicas con sus modificaciones para tratar este tipo de patología. Aunque en las últimas décadas se han estandarizado técnicas clásicas cuyo principio básico es la transposición del complejo areola pezón - en forma de colgajo, de base superior-inferior, lateral

o dipediculado como en el caso de Mckissock (9).

Uno de los problemas más difíciles de tratar es cuando se tiene que reseca grandes cantidades de tejido mamario lo cuál generará un colgajo muy largo con peligro de sufrimiento del complejo areola pezón; revisando los trabajos de Ariyan (1), quien reseca hasta 3,000 gr. y obtiene pedfculos de 51 cm. de longitud sin presentar datos de sufrimiento del complejo areola pezón dando de esta forma seguridad para el uso de esta técnica en los casos más avanzados de hipertrofia mamaria.

La sensibilidad del complejo areola pezón con la técnica en mención con sus modificaciones se preserva pues se hace en una forma anatómica respetando la integridad de las ramas anterior y lateral del cuarto --- nervio intercostal, el cual da directamente la sensibilidad del complejo según lo refiere Craig (5).

Es importante comentar las modificaciones hechas a la técnica de pedfculo inferior descritas por Ribeiro

(11), Courtis, Goldwyng (4) y Robins (12).

La base del pedículo de 7 cm, es suficiente para dejar una vía de aporte arterial como de drenaje venoso y linfático por el plexo dermoepidérmico; esto permite también hacer resecciones amplias.

La incisión horizontal hecha 1 cm. por arriba - del pliegue inframamario evita el rose de la herida con el sujetador en el posoperatorio inmediato, dándole mayor comodidad a la enferma y la cicatriz final queda -- completamente cubierta.

Los cortes para las resecciones del tejido mamario superior, medial y lateral deben ser en forma bicelada dándole una conicidad al tejido mamario que vá a quedar en forma definitiva, con lo cuál se obtiene un mejor - contorno y perfil de la mama.

Seguimos viendo como un problema el tipo de cicatrización final el cual tiene una alta tendencia a la hiperpigmentación y a la hipertrofia.

La altura del complejo areola pezón debe marcarse 2 cm. por abajo del sitio que resulta de la marca convencional, para evitar que en el resultado quede alto - una vez que se acomode nuevamente la mama.

Es muy notoria la mejoría de las pacientes en sus relaciones interpersonales y la valoración de su autoimagen después de haberseles practicado la reducción mamaria que, según la enferma era un problema de gran importancia según lo refieren en su consulta inicial a nuestro servicio.

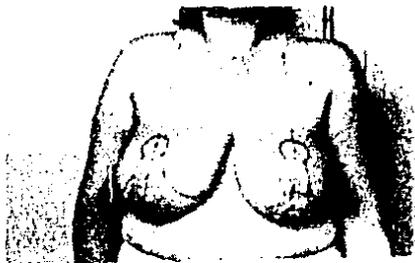
Es indudable que este tema debe seguir siendo tratado por nuestra especialidad con el fin de lograr la técnica que ofrezca los mejores resultados a la enferma con este tipo de patología.



A

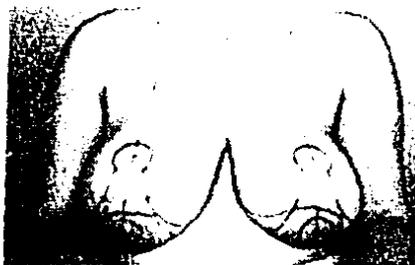


B



C

CASO No. 1.- A.- Preoperatorio frontal, B.- Lateral preoperatorio y C.- Marcas con el patron de Mackissock.



D



E



F

CASO No. 1.- D.- Delimitación del pedfculo inferior preoperatorio. E.- Rayado transoperato-
rio del patrón y el pedfculo inferior.
F.- Transoperatorio que muestra el pe-
dículo inferior desepitelizado.



G



H



I

CASO No. 1.- G.- Vista frontal postoperatorio mediato.
H.- Vista lateral postoperatorio mediato.
I.- Vista lateral postoperatorio tardio



A



B



C

CASC No. 2.- A.- Vista frontal pre-operatoria, B.- Vista frontal post-operatoria y C.- Vista de perfil en el postoperatorio mediato.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ariyan, S.: Reduction mammoplasty with the nipple areola carried on a single, narrow pedicle. *Anal. of plastic surg.* 5:3, 1980.
- 2.- Climo, M.S., Alexander, J.E.: Intercostathelial circulation: Nipple survival in reduction mammoplasty in absence of dermal pedicle. *Anal. of Plastic Surg.* 4:2, 1980.
- 3.- Dourties, E.H., Goldwyn, R.M.: Breast sensation before and after plastic surgery. *Plast & Reconstr Surg.* 58:1, 1976.
- 4.- Courtiss, E.H., Goldwyn, R.M.: Reduction mammoplasty by inferior pedicle technique. *Plast & Reconstr. Surg.* 59:500, 1977.
- 5.- Craig, R.D.P. and Sykes, P.A.: Nipple sensitivity following reduction mammoplasty. *Br. J Plast Surg.* 23:165, 1970.
- 6.- Crepeau, R., Klein, H.W.: Reduction mammoplasty with inferiorly based glandular pedicle flap. *Annals of Plastic Surg* 9:6, 1982.
- 7.- Georgiade, N.G., Serafin, D.: Is there a reduction mammoplasty for "all seasons?". *Plast & Reconstruc Surg.* 63:6, 1979.
- 8.- Goldwyn, R.M.: Cirugía plástica y reconstrucción de la mama. Barcelona. Salvat, 1981, p. 139.
- 9.- Mackissock, P.K.: Reduction mammoplasty with a vertical dermal flap. *Plast & Reconstr. Surg.* 49:245, 1972.
- 10.- Rees, T.D.: Plastic Surgery of the Breast. In Converse, J.M. (Ed.), *Reconstructive Plastic Surgery*. Philadelphia: Saunders, 1964, Vol. 5 p. 1903.
- 11.- Ribeiro, L.: A new technique for reduction mammoplasty. *Plast & Reconstr Surg.* 55:330, 1975.

- 12.- Robbins, T.H.: A reduction mammoplasty with the areola-nipple based on an inferior dermal pedicle. *Plast & Reconstr Surg.* 59: 64, 1977.
- 13.- Strombeck, J.O.: Mammoplasty report of new technique based on the two pedicle procedure. *Br. J Plast Surg* 13: 79, 1960.
- 14.- Zelnik, J.N., Pearl, R.M., Johnson D.: Use of an axial flap for reduction mammoplasty. *Annals of Plast Surg* 7:3, 1981.