

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

CENTRO HOSPITALARIO 20 DE NOVIEMBRE

ENFOQUE SISTEMATIZADO EN EL TRATAMIENTO DE LA REDUCCION MAMARIA

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA PRESENTA

DR. FCO. JAVIER CHAVEZ CORRAL

ASESOR DR. ALFONSO VALDIVIA MEDINA

ISSSTE, MEXICO DF FEBRERO DE 1989

11211  
cej.  
8

ISSSTE CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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 esta 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.

## CONTENIDO

DEDICATORIA	1
AGRADECIMIENTOS	2
RESUMEN	3
INTRODUCCION	4
OBJETIVOS	5
MATERIAL Y METODOS	6
CONCLUSIONES	9
BIBLIOGRAFIA	12

(1)

ES DIFÍCIL EXPRESAR CON PALABRAS  
UN TESTIMONIO DE CARIÑO A QUIEN  
HA SIDO MÁS QUE UN ORIENTADOR  
MÁS QUE UN AMIGO  
COMO UN SEGUNDO PADRE  
A MI QUERIDO MAESTRO

DR. ALFONSO VALDIVIA MEDINA

**AGRADECIMIENTOS:**

A MIS PADRES Y HERMANOS SIN LOS QUE NO HABRIA LOGRADO ALGUNA META

A MIS HIJOS, POR SU SACRIFICIO INOCENTE Y FORZADO, A LOS QUE PIDO PERDON

A MI GRAN AMIGO EL DR. SALVADOR ROBLES POR SU DESINTERESADO APOYO

A MI ESPOSA POR SU COMPAÑIA, TOLERANCIA, Y AMOR

A MIS MAESTROS POR SUS ENSEÑANZAS

A MIS PACIENTES POR SU COMPRENSION

A DIOS POR PONERME EN ESTE CAMINO

A MIS COMPAÑEROS POR SU APOYO.

RESUMEN:

LA REDUCCION MAMARIA CONSTITUYE UNA INTERVENCION SOBRE LA CUAL NO EXISTE EN LA LITERATURA UNA SISTEMATIZACION DE ELECCION DE LA TECNICA MAS ADECUADA EN EL RELACION AL PROBLEMA EN CADA PACIENTE COMO LO SON EL GRADO DE PTOSIS, EDAD, LACTANCIA, PARIDAD GRADO DE HIPERTROFIA, ETC. POR ESTO SE SOMETIERON A ESTUDIO LAS TECNICAS VIGENTES INTERNACIONALMENTE ACEPTADAS DE ACUERDO A LOS PARAMETROS DE DISEÑO, VOLUMEN, MANEJO DEL COMPLEJO AEREOLA PEZON, FUNCION MORBILIDAD, CICATRICES, .

SE CONCLUYE QUE DE ACUERDO A ESTOS PARAMETROS, LAS TECNICAS RESULTARON SER DE LA MAS SENCILLA A LA MAS COMPLICADA:

- 1.= ARIE PITANGUY
- 2.= PITANGUY
- 3.= PITANGUY OJEDA
- 4.= PLANAS RUBIN
- 5.= MCKISSOCK.

Eligiendolas de acuerdo al problema como lo indica el cuadro 2.-

INTRODUCCION

La reduccion mamaria constituye una intervencion que pone a prueba al cirujano, cuando este, pretende ofrecer con una sola técnica quirúrgica solución a numerosos grados y modalidades en la hipertrofia mamaria. Muchos autores pretenden establecer que algunas técnicas posean las características que las hagan idoneas; sin embargo, solo la experiencia nos evitara cometer el error de considerar a una técnica como la universal, capaz de garantizar resultados siempre optimos; es por esto, que hemos realizado el analisis de las técnicas vigentes, a fin de ver las ventajas e inconvenientes; de tal manera que se puede tener una idea completa de los procedimientos que en manos de un cirujano joven sean de fácil realización.

## O B J E T I V O S

Los objetivos son:

- Un adecuado brassiere cutaneo.
- Un manejo seguro y versatil del volumen mamario.
- Una transposicion amplia y segura del complejo areola-pezon.
- Cicatrices mínimas.
- Mínima morbilidad.

En el servicio de cirugía plástica y reconstructiva del Hospital "20 de Noviembre" hemos analizado y realizado las tecnicas en base a las siguientes necesidades: Un diseño objetivo, sencillo y versatil, capaz de dar el brassiere cutaneo necesario en cuanto a forma, tamaño y simetria.

Un manejo seguro del volumen mamario, que nos permita satisfacer al brassiere cutaneo, ademas de corregir las asimetrías, colocandolo en cuadrantes superiores y retirandolo de los excesos laterales, permitiendo el mayor numero de conductos galactoforos.

La transposicion del complejo areola-pezon debe ser segura y viable conservando sensibilidad y función.

Las cicatrices mínimas que sean ocultables facilmente por la ropa de pl ya.

## M A T E R I A L Y M E T O D O S

Nosotros evaluamos las técnicas actualmente vigentes, de acuerdo al problema quirúrgico en base al presente formulario. (cuadro 1)

Dando como resultado en el análisis lo siguiente:

- La técnica de Arie Pitanguy: posee un diseño objetivo y fácil de emplear, resolviendo grados mínimos de ptosis e hipertrofia, en cuanto a función esta se encuentra conservada casi en su totalidad. En el complejo areola-pezones el ascenso es limitado, gozando de un aporte sanguíneo adecuado con una sensibilidad excelente.

Cuando la técnica esta mal indicada da origen a el escape del volumen hacia abajo, evirtiendo el pezon al gravitar este.

Es por esto que el procedimiento solo se efectuara cuando el ascenso del complejo areola-pezones sea superior de 5 cm.

Técnica de Pitanguy con variante Ojeda;

La técnica Pitanguy variante Ojeda nos es adecuada cuando en el diseño la distancia en el pezon del punto A o vertice del nuevo complejo no es superior de 7cm. Ya que distancias mayores presentan dificultad en el ascenso con los inconvenientes de dehiscencias, cicatrices ensanchadas, asimetrías, tec..

Por otro lado un ascenso vertical mayor de esta distancia, tambien representa un aumento de la tensión a nivel de los puntos B y C, con sus inevitables consecuencias.

Por esto su uso se restringe a mamas que no requieran ascensos mayores de 7cm.

El manejo del volumen se efectua en nuestro sevicio en base a los colgajos diseñados por el Dr.Ojeda, que consisten en la resección sistematiza



da de un colgajo de base superior monopediculado que se desecha en el di seño original de la quilla de Pitanguy.

El complejo areola-pezoñ en este tipo de técnica goza de un exalente a -  
 porte sanguíneo y la sensibilidad esta conservada.

En cuanto a cicatrices estas son ensanchadas en el polo superior del com plejo así como en la union de los colgajos a nivel de la "T" invertida, sin embargo aun en estas circunstancias las cicatrices siguen las líneas naturales en gran parte de su extensión y son fáciles de ocultar aun con la ropa de playa.

La tecnica de Skoog la empleamos cuando en el diseño existe una elevación mayor de 7cm del complejo areola-pezoñ ya que permite una adecuada movilización de este conservando su sensibilidad aunque sacrifique el 100% de la función.

La tecnica de McKissock en cuanto al diseño resulta fácil y sistematizado, contando con una versatilidad aplicable a hipertrofias y ptosis mamarias desde moderadas a severas. El volumen resulta de manejo incierto, requiere de un exceso de manipuleo y sacrifica 100% la función.

El complejo areola-pezoñ goza de adecuada circulación y buena sensibilidad.

Las cicatrices son variables en cuanto a longitud y calidad dependiendo de la plantilla de ojo de cerradura que se emplee, lo que permite un cierre con o sin tensión, y que haya o no que compensar oreja de perro. sin embargo son ocultables por la ropa de playa y la morbilidad es mínima.

La tecnica Planas es el mismo diseño habitual en cuanto al brassiere cutáneo y como el McKissock o Pitanguy se emplea una plantilla de ojo de cerradura.

El manejo del volumen es excelente ya que conserva un colgajo demograsode pediculo infe - rior denominado colgajo salvavidas ya descrito por Longrace, que habitualmente se desecha en otras técnicas.

El manejo del volumen por ello es mas seguro y puede ser sujeto de colocarlo en la zona que se desee o necesite habitualmente en los cuadrantes superiores.

En cuanto a movilidad del complejo areola-pezon este se maneja de acuerdo al grado de ptosis ya sea con la tecnica de Pitanguy o Skoog.

la función se ssacrifica al 100% pero la sensibilidad se coinserva, dependiendo del tipo de ascenso del complejo areola-pezon.

Las cicatrices son libres de tensión ya que el manejo del continente y contenido se puede efectuar durante el procedimiento quirúrgico.



## CONCLUSIONES

Se ha dicho mas de una vez que un cirujano plastico competente, debe de conocer mas de una técnica de reduccion para solucionar de forma adecuada diversos grados y modalidades de hipertrofia mamaria, sin embargo es sorprendente el hecho de que existan grupos que apoyen a determinada tecnica atribuyendole cualidades que no tienen, obligandola a cumplir cometidos para los cuales no esta diseñada, por esto solo el juicio honesto y no de grupos nos permitira ubicar las tecnicas vigentes dentro de nuestro arsenal.

haciendo un analisis de acuerdo al tipo de problemas en este hospital nosotros utilizamos las tecnicas descritas de la mas sencilla y con menos morbilidad hasta las mas complicadas tomando en cuenta el grado de ptosis, hipertrofia, edad y lactancia de nuestra paciente. (cuadro 2)

Otras tecnicas( Dufourmentel-Mouly, Biesemberg, Strombeck, Thorek Regnault, Wise, Goldwyn, etc.) ya han sido sometidas a el esquema propuesto, sin que alguna de ellas reuna las caracteristicas de simplicidad, facilidad en la ejecucion, diseño objetivo, versatilidad en el manejo del volumen, etc. por lo que se abandona su uso en el Servicio. La experiencia clinica de mas de 3 años con un promedio de 20 cirugias por año ha demostrado que las tecnicas empleadas y sugeridas cumplen con los objetivos que se persiguen en el estudio, aun en manos inexpertas, empleando el esquema del cuadro 2, que toma en cuenta las 2 condiciones principales para llevar a cabo una reduccion mamaria con la tecnica mas adecuada, individualizando cada paciente combinandolas .

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

(10)  
FORMULARIO DE EVALUACION

DISEÑO SI NO

OBJETIVO

SENCILLO

VERSATIL

VOLUMEN SI NO

MANEJO SEGURO

APLICABLE A

ASIMETRIAS

MANEJO DE COMPLEJO

AREOLA PEZON SI NO

AMPLIO

SEGURO

CICATRICES

MORBILIDAD

FUNCION SI NO

LACTANCIA

SENSIBILIDAD

CUADRO #1. = De utilidad para evaluación de las tecnicas..

P T O S I S***			
	LEVE	MODERADA	SEVERA
H* L		ARIE PITANGUY	MCKISSOCK
I* E	ARIE PITANGUY	PITANGUY	PLANAS
P* V		SKOOG**	SKOOG
E* E			
R* W	ARIE PITANGUY	PITANGUY	MCKISSOCK
T* D	PITANGUY	MCKISSOCK	PLANAS
R* R	SKOOG	SKOOG	SKOOG
O* D		PLANAS	
F* A			
S* I	PITANGUY	MCKISSOCK	MCKISSOCK
V* E	MCKISSOCK	PLANAS	PLANAS
A* R	PLANAS	SKOOG	SKOOG
A* A			

\*\*\*\*La PTOSIS se clasifica en LEVE con CAP MENOR DE 1 cm  
(Segun Bostwick )

abajo del surco mamario  
MOD. con CAP ENTRE 1 a 3 cm  
abajo del surco mamario  
SEV. con CAP MAYOR de 3 cm  
abajo del surco mamario.

\*\*\*\*La HIPERTROFIA Se clasifica SEGUN Goldwin en:

LEVE mama de vol entre 250 y  
600 cc.

MOD: MAMA de vol. entre 601 y  
1000 cc.

SEV. mama de vol. mayor de 1000 cc.

\*\* La tecnica de Skoog se utiliza cuando el ascenso de CAP\*  
es en el diseño mayor de 7 cms.

\* CAP= a complejo a reola pezon.

## Bibliografía:

- 1.- Craigd, R.D., y Sykes, P.A.: Nipple sensitivity following reduction mammoplasty. Br. J. Plast. Surg., 23, 165 1970.
- 2.- Dufourmentel, C., y Mouly, R.: Plastic mammaire par la méthode oblique. Ann. Chir. Plast., 6, 45, 1961.
- 3.- Goldwing. Cirugía Plástica y Reconstructiva de la Mama. Edit. Salvat. 1981.
- 4.- McKissock, P.K.: Correction of macromastia by the bipedicle vertical dermal flap. En Goldwing, R.M.: Plastic and Reconstr: Surg. of the breast, pags. 215-229. Little, Brown and Co., Boston - - 1976.
- 5.- Meyer, R., y Kesselring, U.K.: Reduction mammoplasty with - and L-shaped suture line. Plast. Reconstr. Surg., 55, 139-148.- 1975.
- 6.- Muller, F.E.: Late results of Strombeck's mammoplasty. A follow up study of 100 patients. Plast and Reconstr. Surg., 54, 664-666, 1974.
- 7.- Pitanguy, I.: Surgical Treatment of Breast Hypertrophy. Br. J. - Plast. Surg. 20, 78, 1967.
- 8.- Ramírez, Z.M. A.: Normal size and shape of the breast and — elaboration of a natural pattern. Aesth. Plast. Surg., 2, 383, - 1978.
- 9.- Regnault, O.: Reduction mammoplasty by the "B" technique. Plast. Reconstr. Surg. 53, 1924, 1974.

- 10.- Skoog, T.: A technique of breast reduction: Transposition of the nipple on a cutaneous vascular pedicle. Acta Chir. Scand., 126, - 453, 1963.
- 11.- Strombeck, J. O.: Mammoplasty by upper and lower glandular resections. En Goldwing, R.M.: Plast. and reconstr. Surg of the breast, pág. 204. Little, Brown and Co., Boston, 1976.
- 12.- Weiner, D.L.: Alache, A.E.: y cols.: A Single dermal pedicle for nipple transposition in subcutaneous mastectomy, reduction - mammoplasty of mastopexi. Plast. Reconstr. Surg. 51, 115, 1973.