

11211

13
2oj



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Hospital General de México
Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva

EL PLEXO DERMO-SUBDERMICO EN MAMAPLASTIA DE REDUCCION.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

T E S I S

Para obtener el Diploma de Especialista en
CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA
presenta

DR. GUSTAVO GONZALEZ SALDIVAR

México, D. F.

1992



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.

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
ANTECEDENTES	3
MARCO TEORICO	6
MATERIAL Y METODOS	8
RESULTADOS	9
DISCUSION	13
BIBLIOGRAFIA	16

PROLOGO

El constituirme hoy como Cirujano Plástico representa la realización de un largo sueño que llegó a convertirse en obsesión, y que después de 7 años es sencillamente una realidad, despierto con la incertidumbre del mañana y la emoción de emprender lo que va a constituir mi más grande aventura intelectual y a la vez recuerdo toda la experiencia vivida en este sueño, el orgullo de salir victorioso en difíciles selecciones nacionales, el privilegio de formarme en hospitales por excelencia universitarios, el indescriptible placer de escuchar y ver a todos mis maestros en sus cotidianas enseñanzas que calmaron mi espíritu y lo enaltecieron, la alegría que me produjo día con día convivir con mis amigos y compañeros en nuestra diaria labor contra el dolor humano, el personal de enfermería siempre eficiente y dispuesto a colobarar en todo, mi larga lista de libros y apuntes, compañeros inseparables día y noche que me dejaban beber de su alma toda la sabiduría que en ellos contenian y quizá lo más maravilloso, mis pacientes, seres amigos del infortunio que acudian a mi en busca de alguna solución que les permitiera ser felices y el recordar sus caras, sus miradas llenas de esperanza hace que sienta un escalofrio en todo mi ser.

Como olvidar durante esta etapa todo el amor que recibí de mis padres, hermanos, primos, suegros, cuñados y por si esto fuera poco el amor y comprensión de una mujer que elegi como compañera de mi vida, Maru, y la llegada de un pedacito de mi vida que es mi hija Ximena.

Al despertarme de este sueño, quiero recordar todo esto y dar gracias por siempre a Dios, por el privilegio de haberme rodeado de todas estas personas y situaciones, que hicieron posible la realización de mi gran anhelo que es el ser Cirujano Plástico.

Gustavo Gonzalez Zaldivar.

RESUMEN :

La mamoplastia de reducción es un procedimiento frecuentemente realizado en Cirugía Plástica y Reconstructiva, sin embargo a pesar de tener datos de intentos de mamoplastia de reducción en el siglo pasado, no es hasta hace aproximadamente 50 años , a partir de 1930 , en donde se puede hacer mención de una sistematización en este procedimiento, en base a el conocimiento anatómico de irrigación de la glándula mamaria y el consenso general de forma y volumen mamario.

Los conocimientos anatómicos se han perfeccionado evidentemente y se ha hecho énfasis en el complejo areola-pezon , por sus implicaciones anatomo-funcionales y como principio básico en este procedimiento esta el de asegurar su viabilidad , se encuentra en la literatura mundial que el parenquima mamario se encuentra ricamente irrigado por diversos sistemas arteriales y que estos emiten ramas directas a este complejo , también se ha dado valor a el plexo dermo-subdermico como parte importante en la irrigación aunque en menor proporción, y prácticamente en todas las técnicas de mamoplastia de reducción se conservan las 2 vias de irrigación, a pesar de que es sabido que esto no es necesario, además el conservar el plexo dermo-subdermico con una desepitelización mamaria es un procedimiento tedioso que consume tiempo quirúrgico y anestésico.

En base a todas estas consideraciones , se realizó en este trabajo 2 fases , la primera de comprobación anatómica en disecciones en cadáveres frescos , y se corrobó los reportes mundiales y la segunda fase consistió en realizar mamoplastia de reducción en 10 pacientes con hipertrófia y ptosis mamaria sin conservar el plexo dermo-subdermico y obteniendo una comprobación de la fase experimental al obtener complejos areola-pezon viables , con lo que se demostró la invalidez de un dogma en la mamoplastia de reducción , el conservar el plexo dermo subdermico en este procedimiento .

INTRODUCCION

El contorno corporal femenino ha tenido variaciones importantes a través de la historia , en relación al prototipo de belleza de la época en que se sitúe , como ejemplo se puede mencionar a la época barroca con siluetas femeninas obesas , de grandes mamas y formas redondeadas exageradamente que representa al ideal de belleza de su época , que contrasta con la concepción de belleza en nuestra sociedad contemporánea " con una figura esbelta , alta, de mamas pequeñas y firmes de límites bien definidos con un contorno corporal atlético .

En el concepto del mencionado contorno corporal , las mamas tienen una importancia relevante como un símbolo por excelencia de feminidad , de maternidad y de sexualidad por ser una zona erógena cardinal y la forma y volumen mamario se relacionan intimamente con factores socioculturales que señalan los estándares de simetría y belleza.

En la época actual la forma y volumen mamario tienen gran importancia en el desarrollo sociocultural de la mujer , el tipo de prendas de vestir y la liberación sexual requieren que la figura femenina este de acuerdo con los cánones establecidos ya que tiene implicaciones psicológicas la autoimagen corporal ;unas mamas grandes y ptósicas obligan a la mujer al aislamiento social y sexual , además de presentar problemas posturales y ortopédicos (2,3).

Por todo lo antes enunciado , la plastia mamaria con el objetivo de modificar forma y disminuir volumen , tiene indicaciones precisas como el reintegrar a la sociedad a la mujer , recobrar la autoimagen corporal ,solucionar problemas posturales sin modificar la fisiología mamaria como es lactancia y preservar capacidad erógena .

La idea de realizar mamoplastia de reducción no es nueva y en los últimos 60 años la diversidad de técnicas ha proliferado notablemente con el mismo objetivo en común , de proporcionar una mejor forma , volumen adecuado y preservar función , sin embargo , algunos principios básicos han adquirido carácter de dogma, y que no siempre resultan ciertos , como es el llamado plexo dermo-subdermico y su conservación en la mamoplastia de reducción con el objetivo supuesto de asegurar la viabilidad del complejo areola-pezon .

ANTECEDENTES :

No hay datos fidedignos de saber cuándo se realizó el primer intento de mamoplastia de reducción y se pueden encontrar reportes aislados en el siglo pasado atribuidos a algunos cirujanos como Paulus , Leclerc y Verchere (2 , 3 , 4) , con remociones parciales de tejido mamario y aparentemente se obtuvieron resultados aceptables , sin embargo , estas técnicas quedaron en el olvido . En los albores de nuestro siglo , Morestein y Biesenberger (5) , publicaron técnicas con ambiciosas resecciones de tejido mamario , que realizaron empíricamente sin bases anatómicas ni fisiológicas , y lógicamente obtuvieron problemas de vascularidad que llevó a la necrosis de los complejos areola-pezon y extensas zonas de piel que recubre la glándula mamaria .

Maliniac (16) , aporta en los años 30's de el presente siglo estudios sobre la irrigación arterial de la glándula mamaria , que en años subsecuentes se reforzaron con diversas publicaciones a la literatura mundial (6 , 7) , Schwarzmann (4 , 5) tiene en cuenta estos importantísimos conceptos y menciona por primera vez la importancia de los pediculos vasculares y la conservación del plexo dermo-subdermico en la mamoplastia de reducción , con el fin de preservar y asegurar la viabilidad del complejo areola-pezon , y posterior a este trabajo , se aceptó que este es un principio en este procedimiento y con los años siguientes , vinieron otros autores y técnicas novedosas , pero siguen conservando este principio como un paso insustituible .

En la literatura mundial se encuentran reportes detallados de la irrigación de la glándula mamaria , en los que se asienta que esta se nutre de 3 sistemas básicos arteriales , el primer grupo es el que constituye la arteria mamaria interna , que es una rama directa de la arteria subclavia y posee 4 ramas colaterales , una de estas , la rama externa es la que va a constituir el sistema intercostal , este grupo arterial proporciona irrigación a la parte interna o medial , superior e inferior de la mama entre otras estructuras anatómicas . El segundo grupo arterial lo constituye el acromiotorácico que es una de las 5 ramas que emite la arteria axilar y este grupo nutre la parte superior de la mama , el ultimo grupo arterial lo constituye la arteria mamaria lateral o externa que nutre la parte lateral de la mama , esta arteria proporciona ramas que se anastomosan con las ramas provenientes de la mamaria interna y forman el grupo intercostal que nutre parte inferior y central de la mama .

La descripción de técnicas con el objetivo de reducir volumen mamario es enorme , pero a partir de los años 60's , se puede hablar de un auge importante en este punto y ahora se citará algunas autores y sus técnicas que han tenido una aceptación mundial , como es el caso de Strömbeck (8) que el el año

de 1960 , publica una técnica, en un llamado pedículo horizontal , que es simple y seguro, con resultados de la areola-pezon satisfactorios en cuanto a viabilidad , pero conserva el principio de desepitelizar a la mama para asegurar la viabilidad de este complejo por el flujo del plexo dermo-subdermico, ademas que asegura la viabilidad de la amama en base a el flujo de la arteria mamaria lateral, interna e intercostales . Skoog (5), en el año de 1953 publica otra alternativa en este terreno que basa la circulación del complejo areola-pezon en un pedículo horizontal superior , pero conserva el plexo dermo-subdermico con la mencionada desepitelización inicial. En la década siguiente, en decir en los 70's hay un auge impresionante en este terreno , y dentro de todas las técnicas reportadas, algunas se popularizaron rápidamente por sus excelentes resultados y su facilidad de ejecución, algunos de los autores de estas técnicas es McKissock (9), que en el año de 1972 menciona que en su técnica se va a preservar 2 pediculos vasculares en superior e inferior o tambien conocido como de pedículo vertical, en esta técnica se remueve tejido mamario lateral y medial , se preserva sensibilidad adecuada y la cicatriz final es aceptable , otros autores que popularizan otra técnica son Courtiss (10), y Robbins (11), en el año de 1977 en una modalidad referida como de pedículo inferior y al fin parece haber solución a las grandes hipertrofias mamarias y ptosis grado III , con remociones importantes de tejido mamario y con complejos areola-pezon viables gracias a el flujo intercostal básicamente alcanza este objetivo, qz tiene el inconveniente de dejar grandes cicatrices finales a veces notoria , pero a pesar de que es una técnica novedosas se sigue preservando en las 2 opciones el principio de realizar desepitelización de la mama para asegurar la viabilidad del complejo areola-pezon .

En la década de los 80's , se va a caracterizar por buscar alternativas en la forma, y volumen y lograr una cicatriz final mejor , en relacion a menor longitud y que esta quede oculta en pliegues naturales , debido a el cambio en la concepción estetica del contorno corporal y a el cambio en la moda de prendas de vestir y el auge de trajes de baño descubiertos, en vista de estas consideraciones, la escuela brasileña es pionera en estas innovaciones y Gerardo Peixoto (12) , en 1980 publica una técnica llamada de pedículo superior , en la que pregona una cicatriz pequeña con remocion importante de tejido mamario y reseca de la parte inferior como posterior de la mama importantes volúmenes que en su casuística de 582 pacientes en su artículo original presenta excelentes resultados , ademas que la viabilidad del complejo areola-pezon permanece en un 100% . Surgen en esta misma década otros cirujanos brasileños que reportan tecnicas novedosas , muchos de ellos se inclinan por una cicatriz final en "J", como son el caso de Bozola y Santana (15 , 17), con excelentes resultados en forma y disminuyendo volumen con viabilidad del pezon 100%, sin embargo siguen conservando el principio de conservar el plexo dermo-subdermico en el procedimiento y finalmente , esta misma escuela menciona una tecnica llamada periareolar , pregona

por Felicio (13 , 14), que es innovadora , reseca-
dos volúmenes mamarios pero con la ventaja de dejar una cicatriz
muy pequeña , casi oculta, alrededor del pezón , y esta podemos
decir que es la novedad en nuestros días, sin embargo a que di-
sta mucho de todas las técnicas hasta antes conocida y base su
vascularidad en los pedículos centrales de la mama , irrigados
por las arterias intercostales, persiste el dogma de preservar
el plexo dermo-subdermico, a pesar de todas las consideraciones
hechas .

MARCO TEORICO :

El conocer con detalles todas las consideraciones anatómicas y fisiológicas de la glándula mamaria en la mamoplastia de reducción son de un valor importante e indispensable, para lograr resultados satisfactorios en cuanto a función y estética, basadas en estas consideraciones hay reportes que intentan conocer con detalle la anatomía de la glándula mamaria y se ha hecho énfasis principalmente en cuanto a su vascularidad y si se revisa a la literatura mundial, los primeros reportes en este terreno se le atribuyen a Maliniac (16) y posterior a él, hay un sinnúmero de contribuyentes a la literatura mundial que se pueden encontrar incluso en los clásicos textos de anatomía (1, 4, 5, 6, 7) en los que se demuestra que el flujo sanguíneo de la glándula mamaria proviene de varias fuentes arteriales; una de estas fuentes, que da irrigación a la parte medial e inferior de la mama, es la arteria mamaria interna, que es una rama directa de la arteria subclavia, la arteria mamaria interna entra a la mama por medio de perforantes a partir del 2do., 3o., 4to., 5to. y 6to. espacio intercostal y proporciona ramas para el músculo pectoral mayor, la glándula mamaria y piel que la recubre, como detalle anatómico la segunda y tercera arteria intercostal son más largas y son más responsable de la irrigación a la parte superior e inferior de la mama.

Otro grupo arterial importante es la arteria acromiotorácica y la arteria mamaria externa o también llamada mamaria lateral, estas arterias son ramas de la arteria axilar y únicamente se encuentran separadas por el tendón del pectoral menor y nutren la parte lateral y superior de la mama. Estos 3 sistemas son básicamente los principales de nutrición de la mama, por merecer consideración mencionar a un sistema de arteria que se denominan intercostales, estas arterias forman una red a través de los arcos costales, miden en diámetro aproximadamente entre 1 y 2 mm de diámetro y se forman de la unión de las ramas de la arteria mamaria interna por una de sus 4 sistemas de colaterales que se denomina rama o porción externa y de ramas provenientes de la arteria mamaria lateral o externa, este sistema arterial es el responsable de la irrigación de la parte central e inferior de la mama.

Una vez hecho la mención de los principales sistemas arteriales de la glándula mamaria y haber hecho hincapié en su conocimiento para planear una mamoplastia de reducción, se debe de mencionar una particularidad en esta glándula en la que todos estos sistemas arteriales establecen una intrincada red intraparenquimatosa por lo que esta ricamente vascularizada y razón por la que se puede tener muchas alternativas en sus pedículos vasculares además emiten ramas provenientes del parenquima mamario hacia el complejo areola-pezon y estas ramas por sí solas son capaces de asegurar su viabilidad e incluso esta vía es la más importante y de mayor seguridad, sin embargo

en los años 30's , Swarzmann (5) , menciona que independiente-
mente de estas ramas arteriales, se debía dar importancia a el
flujo arterial proveniente de el llamado plexo dermo-subdermico
en la mamoplastia de reducción con el objeto de asegurar la
viabilidad del complejo areola-pezon , a pesar de que se sabe
que este plexo es poco importante y que se puede suprimir sin
comprometer la viabilidad del complejo , ha permanecido como
dogma en este procedimiento , además que tiene el inconvenien-
te que al querer preservarlo, se necesita realizar desepiteliza-
do de la mama en la etapa inicial, requiriendo meticulosidad
y consumo de tiempo quirúrgico y anestésico sin ser necesario
ya que el principal flujo sanguíneo que asegura la viabilidad
del complejo areola-pezon son por ramas provenientes del paren-
quima mamario , independientemente de la técnica quirúrgica
escogida .

MATERIAL Y METODOS :

El diseño de este trabajo consistió en 2 etapas, la primera fase que fue experimental y de comprobación, se realizó en cooperación con el Servicio Médico Forense, en 3 cadáveres frescos de mujeres jóvenes, entre 15 y 45 años, con muerte accidental, como primer paso procedi a retirar integralmente la piel de las mamas, dejando unicamente el complejo areola-pezon en su sitio, posteriormente localice los grupos arteriales que irrigan la glándula mamaria, es decir la arteria mamaria interna, que emerge de la arteria subclavia, la arteria acromiotoracica y la mamaria lateral o externa que nacen a partir de la arteria axilar y que unicamente las separa el tendon del pectoral menor, y se encontró en los 3 cadáveres y sus 6 mamas siempre el mismo patron anatómico; se purgó cada arteria de restos hemáticos con solución fisiologica, se cateterizaron en forma individual cada arteria y se inyectó con azul de metileno a una preparación comercial, siguiendo el orden de arteria mamaria laterla, acromiotoracica y mamaria interna y se observó los resultados en esta fase.

Como siguiente paso, una vez corroborado lo encontrado en la literatura mundial se realizó en 10 pacientes del Hospital General de México, del servicio de Cirugía Plastica y Reconstructiva, seleccionadas al azar y con diversos grados de hipertrofia y ptosis mamaria, se les realizó mamoplastia de reducción según las necesidades de cada caso, seleccionando la técnica los profesores del servicio, pero en todas las pacientes se tuvo en común que en ninguna se conservó el plexo dermo-subdermico, retirando integralmente la piel de la mama, previo trazado de la técnica y se registro la viabilidad del complejo areola-pezon en el transoperatorio, postoperatorio inmediato y tardío a los 2 meses, con coloración y llenado capilar.

RESULTADOS :

Los resultados obtenidos en la 1a. fase de este estudio, fase experimental , concuerdan con los datos reportados en la literatura mundial acerca de la irrigación de la glándula mamaria en los que se asienta que las principales arterias que nutren a la mama son 3 , la arteria mamaria interna , la acromiotoracica y la mamaria lateral o externa , en base a las disecciones en cadaver, se obtuvo que la arteria mamaria lateral o externa y la acromiotorácica al inyectarla azul de metileno colorearon la parte lateral y superior de la glándula mamaria en forma casi inmediata y a los 2 minutos con 30 segundos se tiño parcialmente el complejo areola-pezon en todos los casos, posteriormente identificada la arteria mamaria interna en su nacimiento de la subclavia se inyectó el mismo colorante a una dilución comercial y se observó que el colorante se difundió inmediatamente en la parte de la mama no teñida , es decir , en la parte medial o interna y la parte inferior de la mama, a los 3 minutos de haber inyectado el colorante en la mamaria interna , se tiño uniformemente el complejo areola-pezon , es de importancia señalar que el llamado sistema intercostal que contribuye a la irrigación de la parte inferior y central de la mama se comprende al inyectar el colorante en las arterias mamaria interna y la lateral . Se acepta también que todos estos sistemas arteriales forman una intrincada red intraparenquimatosa mamaria y que esto le da la particularidad de ser a la mama un organo ricamente vascularizado , además que emite ramas directas hacia el complejo areola-pezon y que estas son capaces de asegurar la viabilidad de esta parte tan importante en la función de la mama , además que al suprimir el plexo dermo-subdermico , como se logro al retirar integralmente la piel no afecta la irrigación de este complejo.

Entusiasmados por los resultados obtenidos en la fase experimental , ahora examinaremos los resultados obtenidos en la etapa clinica de este trabajo , en los que una vez seleccionados y escogida la técnica por el grupo de profesores de Cirugía plástica se procedio a realizar la mamoplastia de reducción según necesidades de cada opaciente pero en todas se tuvo en común que no se conservó el plexo dermo-subdermico.

CASO 1 .- M.C.P., de 19 años de edad , con antecedentes de mastopatía fibroquistica controlada parcialmente con tratamiento médico , se estimó un volumen aproximado de 750 c.c. de cada mama, además que presentaba ptosis grado II , y la motivación de la paciente era reducción del volumen mamario, se decidió realizar mamoplastia de reducción con la técnica descrita por Santana (17) , y se registró un tiempo quirúrgico de 3 hrs con una remoción de 250 yrs. de tejido mamario de cada mama , se observó el complejo areola-pezon en el transoperatorio, el posoperatorio inmediato y tardío, a los 2 meses , en base a coloración y llenado capilar sin presentar

complicaciones , además se registro la sensibilidad que fue normal desde el POP inmediato y se conservó así hasta 2 meses despues .

CASO 2 .- O.M.A. , de 18 años de edad , sin antecedentes de importancia , con un volumen aproximado de 750 c.c. de la mama izquierda y 800 c.c. de la mama derecha . además de presentar ptosis grado I , acudió al servicio de Cirugía Plástica deseando reducción de volumen mamario , se decidió realizar este procedimiento con la técnica descrita por Santana (17) , y se observó en el tranoperatorio congestión y llenado capilar retradado del pezon derecho , mientras que el izquierdo era completamente normal , se resecó 250 grs. de tejido de la mama izquierda y 300 de la derecha , el en Posoperatorio inmediato el pezon izquierdo continuaba congestivo y el derecho normal en el transcurso de la primera semana , este problema se solucionó por si solo y a los 2 meses los 2 pezones se encontraban normales en cuanto a coloración y llenado capilar , además que la sensibilidad se conservó normal .

CASO 3 .- S.G.G. de 32 años de edad sin antecedentes de importancia , con un volumen mamarioo apimado de 1200 c.c para mama izquierda y 1000 grs , para la mama derecha , se decidió realizar mamoplastia de reducción basada en su pediculo inferior , según lo pregona Robbins (10) , además contaba con ptosis grado III , en un tiempo quirúrgico de 3 hrs , se resecó de la mama derecha 600 grs y de la izquierda 600 grs , en el tranoperatorio y el posoperatorio inmediato se observó un complejo areola pezon normal en cuanto a coloración y llenado capilar normal , la sensibilidad estaba pérdida en un 60% en esta area y a los 2 meses se encontró qu el pezón seguia con excelente coloración y llenado capilar normal y l sensibilidad se habia recuperado hasta el 90% en esta zona .

CASO 4 .- S.R.A.M. , de 30 años de edad sin antecedentes de importancia , se estimo en un volumen aproximado de 1200 c.c. para la mama izquierda y 1100 para la derecha , , se decidió reasliar mamoplastia de reducción con un peidulo inferior tipo Courtiss-Robbins (10 , 11) , ya que contaba además con ptosis grado III , el tiempo quirúrgico fue de 3 hrs. , y se resecó 700 grs. de la mama izquierda y 500 grs. de la derecha su evolución el el tranoperatorio de el complejo areola-pezon fue excelmte sin problemas en el llenado capilar y coloración , la sensibilidad se perdió completamente en la etapa posoperatoria inmediata y a los 2 meses , el complejo se encontraba con excelente coloracion y llenado capilar y la sensibilidad se habia recuperado hasta un 30% .

CASO 5 .- A.O.E. , de 19 años de edad , sin antecedentes de importancia con un volumen mamarioo aproximado de 800 c.c. para la mama izquierda y 700 c.c. para la derecha , además presentaba ptosis mamaria grado II , , se decidió realizar mamoplastia de reducción tipo Santana (17) , y el tiempo quirúrgico fue de 3 hrs , se resecó 400 grs. de la mama derecha y 375 grs. de la izquierda , su evolución tranoperatoria y posoperatoria

fue muy satisfactoria en cuanto a llenado capilar y coloración , la sensibilidad se conservo normal en esta etapa , a los 2 meses , seguina las mismas racterizticas del complejo areo-pezon igual, es decir coloracion y llenado capilar normal con una sensibilidad en un 100% .

CASO 6 G.S.S. , de 30 años de edad , sin antecedentes de importancia , con un volumen mamario de 700 cc. para cada mama, además de epresentar ptosis grado III, se decidió realizar mamaplastia de reducción basada en un pediculo inferior como la describe Courtiss (11) , , en un tiempo quirurgico de 3 hrs. se resecaron 400 grs. de cada mama, los complejos areola-pezon permanecieron con coloracion normal y llenado capilar normal en el tranoperatorio y posoperatorio inmediato pero la sensibilidad se perdió completamente, en el seguimiento de esta paciente , a los 2 meses, se verificó que los complejos permanecieran normales en cuanto a coloracion y llenado capilar y la sensibilidad se habia recuperado en aproximadamente un 75% de lo perdido .

CASO 7 .- P.H.O., de 35 años de edad , sin antecedentes de importancia , con un volumen mamario de aproximadamente 600 c.c. para cada mama y ptosis mamaria grado II, se decidió realizar mamaplastia de reducción basada en un pediculo vertical doble o bipediculado, como lo pregona McKissock (9) , con un tiempo quirurgico de 2 horas con 30 minutos se resacó aproximadamente 200 grs. de cada mama , en el tranoperatorio y el posoperatorio inmediato se encontro el complejo areola-pezon normal en cuanto a llenado capilar y coloración y la sensibilidad se mantuvo igual , es decir conservada en el 100% , a los 2 meses, se observó areola-pezon con llenado capilar normal y coloracion, con sensibilidad en 100%.

CASO 8 .- D.V.C. de 18 años de edad , sin antecedentes de importancia , con un volumen mamario aproximado de 900 c.c. para cada mama , con ptosis mamaria grado III , se decidió realizar mamaplastia de reducción basada en un pediculo inferior como lo pregona Robbins (10) , en un tiempo quirúrgico de 3 horas se resecó aproximadamente 500 grs. de cada mama , el complejo areola-pezon se encontró normal en llenado capilar y coloración en el tranoperatorio y psoperatorio inmediato aunque la sensibilidad se perdió en esta etapa , a los 2 meses esta se recuperó aproximadamente en un 80% y el complejo siguio con coloracion y llenado capilar normal.

CASO 9 .- P.P.Z. de 25 años de edad , sin antecedentes de importancia , con un volumen mamario de 800 c.c en cada mama , se decidió realizar mamaplastia de reducción con tecnica descrita por Santana (17), basada en un pediculo superior , con un tiempo quirúrgico de 2 horas con 30 minutos , se resecó 300 grs. de la mama derecha y 400 grs. de la izquierda , el complejo areola-pezon se encontró normal en el tranoperatorio y POP inmediato con sensibilidad al 100%, y a los 2 meses de POP. siguió con las mismas caracterizticas.

CASO 10 .- L.R.P. , de 19 años de edad , sin antecedentes de importancia, con un volumen mamario de 1000 c.c. para cada mama con Ptosis grado III, se decidió realizar mamoplastia de reducción con un pedículo superior, como lo pregona Santana (17), en un tiempo quirúrgico de 3 horas, se resecó 500 grs. de cada mama , la evolución del complejo areola-pezon fue normal en cuanto a llenado capilar y coloración , así mismo conservo 100% la sensibilidad , en el seguimiento a 2 meses , se observó que mantuvo las mismas características es decir complejo areola-pezon normal en cuanto a color y llenado capilar , además de sensibilidad conservada 100%.

DISCUSION :

La mamoplastia de reducción es un procedimiento frecuentemente realizado en Cirugía Plástica y Reconstructiva , y las bondades y beneficios del procedimiento han sido ampliamente discutidos por los médicos implicados en este tipo de Cirugía y sobre todo por las pacientes que se han beneficiado por este procedimiento , las que argumentan que les ha ayudado a recobrar su autoimagen corporal y recuperar su autoestima , y mejora problemas ortopédicos y posturales al reducir volumen mamario y gracias a estas ventajas permite a la mujer reintegrarse a sus actividades sociales adecuadamente y su vida sexual va a ser más satisfactoria .

El hablar de la forma y volumen mamario es un tópico difícil de abordar y no es el objetivo de este trabajo , sin embargo, no se puede evitar al hablar de mamoplastia de reducción y es de mencionar que en esto hay muchas variaciones, que están determinadas por factores básicamente socioculturales , afortunadamente a partir de los años 30's , se ha hablado de técnicas mundialmente aceptadas y reproducibles , que siguen una serie de principios básicos quirúrgicos como puede ser que siempre se debe de asegurar y conservar la sensibilidad del complejo areola-pezon , así mismo dar forma conica a la mama y conservar su capacidad de lactancia . El seguir estos principios obedeca a la comprensión de la anatomía de la glándula mamaria , y como pienso en este campo podemos mencionar a Maliniac (16) , con sus extensos trabajos sobre la irrigación de la glándula mamaria y a otros autores que contribuyeron y mejoraron este tópico , que coinciden con lo resultados que se demostraron en la primera etapa de este trabajo, en los que se observó que las principales sistemas arteriales de irrigación de la mama son 3 , la arteria mamaria interna que irriga la parte medial y superior de la mama , la acromiotorácica y la mamaria lateral que irrigan a la parte lateral y superior de la mama y el llamado sistema de arterias intercostales que son ramas terminales de las arterias mamaria interna y mamaria externa que proporciona irrigación a la parte inferior y medial de la mama , además se corroboró que estos sistemas arteriales establecen una intrincada red intraparenquimatosa mamaria que le da a este órgano la característica de estar ricamente vascularizado , además que a partir de el parenquima mamario se emiten ramas directas que aseguran la irrigación y la viabilidad del complejo areola-pezon . Sin embargo, a pesar de que estos conocimientos tienen muchas décadas en 1930 , Schwarzmann propuso que con el objetivo de asegurar la viabilidad del complejo areola-pezon se conservara el plexo dermo-subdérmico requiriendo para esto que posterior a la selección de la técnica se realizara desepitelizado de la mama, requiriendo para esto , meticulosidad para no dañar el plexo , y este punto tuvo una aceptación mundial y adquirió un carácter de gogna en la mamoplastia de reducción .

A pesar de que con el transcurso de los años , se ha verificado, que el plexo dermo-subdermico solo contribuye en una pequeña parte a la irrigación de la glándula mamaria se sigue conservando este mito.

A partir de los años 60's , se empezaron a describir técnicas que hacen énfasis en los pediculos vasculares , asegurando la viabilidad del complejo areola-pezon , se popularizaron las que conservan un doble pediculo vascular ya sea vertical o bien horizontal , o también las llamadas de pediculo inferior , que permiten resecar grandes volúmenes mamarios, o más tarde en la década de los 80 y 90's la de pediculo superior con cicatrices pequeñas en "J", o incluso las mas novedosas que son llamadas periaareolares con pediculo central con la ventaja de dejar una cicatriz pequeña , casi oculta , alrededor del pezón , sin embargo , a pesar de que todas estas técnicas son totalmente diferentes en su planeación y resultados, desgraciadamente conservan el mito de preservar el plexo dermo-subdermico, sin modificar este paso tedioso e innecesario.

Como se demostró en sus etapas experimentales y clinica , con diversas técnicas con diversos pediculos vasculares , el retirar integramente la piel no afecta absolutamente en nada la viabilidad del complejo areola-pezón ya que las ramas perforantes que se emiten del parenquima mamario son suficientes para asegurar la viabilidad como se comprobó en las 10 pacientes operadas con este principio, en un solo pezón se observó congestión de esta area, con compeljo contralateral normal , solucionandose por si solo en el transcurso de la 1a. semana y se atribuyó este accidente pasajero a mi poca experiencia en una técnica novedosa en el servicio .

La sensibilidad que se conserva o se pierde , esta claramente en relación a la técnica usada, teniendo la técnica de pediculo inferior una mayor pérdida de sensibilidad en razón a los grandes volúmenes removidos sin afectarse estos resultados al retirarse integramente la piel.

El tiempo quirúrgico es difícil evaluarlo , por algunas condicionantes , como lo es la propia dificultad técnica de cada procedimiento, el equipo quirúrgico participante, la eficiencia del equipo de enfermería , pero en términos generales , es el consenso general , que el tiempo quirúrgico inicial es menor que en contraparte con el tradicional paso de realizar desepitelización de la glándula mamaria.

La conclusión final de este trabajo es , que en base a los reportes encontrados en la literatura mundial acerca de que la circulación de la glándula mamaria proviene de 3 fuentes principales que forman una rica red intraparenquimatosa mamaria y que de este sistema se emiten ramas perforantes hacia el complejo areola-pezón y que estas ramas son suficientes para asegurar la viabilidad de este complejo en la mamoplastia de reducción , y que se obtuvo la comprobación en disecciones en

cadaveres frescos , obteniendo los mismos resultados y corroborado en la etapa clinica con 10 pacientes operadas con diversas técnicas con diferentes pediculos vasculares obteniendo siempre complejos areola-pezones viables sin plexo dermo-subdermico, se asegura que el practicar el desepitelizado de la mama es un procedimiento obsoleto sin razón alguna , además que reduce el tiempo quirúrgico y el consumo anestesico el no realizar este paso tedioso con una consecuente disminución en la morbilidad , además que retirar integramente la piel constituye un paso seguro y rápido , como se demostró en sus etapas experimental y clinica .

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bostwick J. , Aesthetic and Reconstructive Breast Surgery Mosby Co., 1983.
- 2.- Coiffman F. Texto de Cirugia Plástica y Reconstructiva Ed. salvat .
- 3.- Converse , Reconstructive Plastic Surgery Vol. 7 WB. Saunders Co. 1977.
- 4.- McCarthy , Plastic Surgery Vol. 6 WB. Saunders Co. 1990.
- 5.- Georgiade N., Aesthetic Breast Surgery , Williams and Wilkins Co. 1983.
- 6.- Lochart Hamilton , Anatomia Humana Ed. Interamericana 1965.
- 7.- Quiroz f., Anatomia Humana ed. Porrúa 1976.
- 8.- Strömbeck , Mamoplasty : Report a new technique based on the two pedicle . B.J.Plast.Surg. 13:79, 1960..
- 9.- McKissock , Correction of macromastia by the bipedicle vertical dermal flap. Plas. Reconstr.Surg. 49:245, 1972.
- 10.-Robbins , A reduction mamoplasty with the areolar-nipple based on an inferior dermal pedicle Plas.Reconst. Surg. 59:i , 1977.
- 11.-Courtiss E. reduction mamoplasty by the inferior pedicle technique , Plast.Reconst. Surg. 59:4 1977.
- 12.- Pexioto G. reduction mamoplasty: a personal technique Plast.Reconstr.Surg. 65:217,1980.
- 13.-Felicio Y. Mamoplastia de reducción con solo una incisión periareolar , Cir. Plast.Ibero Lat.Am. 12:245, 1986.
- 14.- Felicio Y. Periareolar Reduction mamoplasty. Plast.Reconst. Surg. 88:5 1991.
- 15.-Bozola A. Breast reduction with short L sacar. Plast. Reconstr. Surg. 85:5 1990.
- 16.-Maliniac J.W. Arterial blood supply of the breast . Arch. Surg. 47:329, 1943.
- 17.- Santana M.P. Curso Internacional de Cirugía de la glándula mamaria. Hospital General de México Junio 1991.