

11211



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

25

20

FACULTAD DE INVESTIGACION
HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD
 ☆ JUL. 15 1987 **PETROLEOS MEXICANOS.**

SECRETARIA DE SERVICIOS ESCOLARES
 DEPARTAMENTO DE POSGRADO
 MDMH

**MAMOPLASTIA DE REDUCCION, EXPERIENCIA EN EL
H. C. S. A. E. PEMEX DE 1984 A 1992**

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:

CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA

P R E S E N T A:

DR. AGUSTIN REYES ROMERO



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D. F.

1993

1994



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 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.


DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ JASSO Y SILVA

DIRECTOR MEDICO DEL H.C.S.A.E. PEMEX

DR. LUIS ERNESTO RAMOS DURON

JEFE DEL SERVICIO DE :

CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA


DRA. LAURA MORENO ALTAMIRANO 

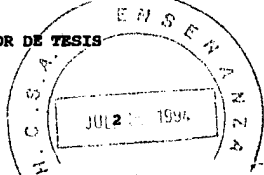
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION


DR. OSVALDO GONZÁLEZ LA RIVIERE

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA


DR. EDUARDO GUTIERREZ SALGADO

TUTOR DE TESIS



HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD

P E T R O L E O S
M E X I C A N O S

TITULO:

MAMOPLASTIA DE REDUCCION, EXPERIENCIA EN EL H.C.S.A.E. PEMEX
DE 1984 A 1992

AUTOR: DR. AGUSTIN REYES ROMERO

RESIDENTE DE: CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA

TUTOR: DR. EDUARDO GUTIERREZ SALGADO

ASESORES: DR. MARIO BECERRA CALETTI
DRA. TERESITA SILVA DIAZ
DR. JAVIER CARRERA GOMEZ
DR. LUIS ERNESTO RAMOS DURON
DRA. LAURA MORENO ALTAMIRANO
DR. JORGE CARREON GARCIA

DEDICATORIA

A MI MADRE, Por el gran amor que nos une y por tu apoyo desinteresado sin el cual no podría haber logrado mi especialidad.

A MI PADRE, Por que tu ejemplo y recuerdo ha sido la antorcha que guía mis actos.

AGRADECIMIENTOS

A MIS MAESTROS, Por sus
enseñanzas durante mi
Residencia.

A MI HERMANA LUPITA, Por
colaborar en la realización
de este trabajo.

I N D I C E :

	pag.
1.- Introducción.....	5
2.- Antecedentes.....	7
2.1 Marco conceptual.....	9
3.- Definición del Problema.....	13
4.- Justificación.....	15
5.- Objetivos.....	15
5.1 Específicos.....	15
6.- Metodología.....	16
6.1 Diseño de Investigación.....	16
6.2 Definición de la población objetivo.....	16
6.3 Características generales de la Población.....	16
6.3.1 Criterios de Exclusión.....	16
6.3.2 Criterios de Eliminación.....	16
6.3.3 Ubicación del espacio temporal.....	17
6.4 Diseño estadístico.....	17
6.4.1 Marco de muestreo.....	17
6.4.2 Unidad Última de muestreo.....	17
6.4.3 Tamaño de la muestra.....	17
6.5 Definición de Variables y escalas de Medición.....	17
6.6 Recolección y Análisis de datos.....	18
7.- Resultados.....	19
8.- Discusión.....	20
9.- Conclusiones.....	22
10.- Anexos (cuadros y gráficas).....	24
11.- Referencias Bibliográficas.....	25

I.-INTRODUCCION

La hipertrofia mamaria en sus diferentes grados así como la gigantomastia, son causa de síntomas y signos en las pacientes que las padecen, lo que ha ocasionado la existencia de técnicas quirúrgicas dirigidas a disminuir el volumen glandular mamario, desde la antigüedad como está descrita la amputación de la mama por Hipócrates hasta nuestra época con el amplio conocimiento de la anatomía y la fisiopatología de la glándula mamaria, se han venido describiendo un sin número de técnicas de mamoplastias de reducción durante la evolución de la Humanidad, lo que nos muestra el interés que ha despertado el corregir el volumen excedido de la glándula mamaria.

Actualmente los métodos de mamoplastias de reducción más comunmente practicados se dividen de acuerdo al pedículo dérmico nutricio del complejo areola pezón, como son: El de Stromberg en 1960 como prototipo bipedicular horizontalizado. El de Skoogen 1963 como pedículo lateral Superior; los de Pitanguy en 1962, Winer en 1973, Cramer y Chong en 1976 y Hugo Baver en 1983 como pedículo superior; el de Dufourmental y Mouly en 1961 como Oblicuo inferior (lateralizado); el de Mc Kissock en 1972 como vertical bipediculado; los de Ribeiro y Baker en 1973, Robbins en 1977, Courtiss y Goldwyn en 1977 y Georgiade en 1983 como pedículo inferior. Todos ellos encaminados a obtener resultados estéticos y funcionales cada vez más aceptables, con un mínimo de cicatrices y complicaciones post-operatorias.

Por lo descrito en párrafos anteriores, se realizan en todos los centros Hospitalarios del mundo diferentes técnicas de mamoplastias de reducción con resultados adecuados, no quedando exento de ello el H.C.S.A.E. de PEMEX.

Con el fin de determinar la experiencia propia de este hospital en cuanto a las pacientes sometidas a Mamoplastía de Reducción, se analizaron cada uno de los expedientes de dichas pacientes desde el inicio del Hospital hasta Octubre de 1992.

2.- ANTECEDENTES

Los primeros escritos sobre el tema de la cirugía de la mama tratan de su mutilación. Hipócrates (hacia 460 - 370 a.c.) describió la amputación de la mama mediante el cauterio, como lo practicaban los escribas. Posteriormente en el período Bizantino (476 -732 a.c.) Pablo de Egina realizó la primera descripción clínica conocida de una mamoplastía de reducción, la cual corresponde específicamente a la corrección de la ginecomastia, sus tratados son conocidos por los árabes y copiados una y otra vez por sus recopiladores y así en el período mahometano (732 - 1096 d.c.) Hali Ben Abbas, autor de Al-Maliki o libro real, describe el tratamiento de la Ginecomastia de Pablo de Egina.

Albulcais (1013 - 1106) en el siglo XI, fue el autor de un trabajo médico-quirúrgico casi por completo en el libro de Pablo de Egina, sus conocimientos anatómicos procedían de Galeno. Los dibujos de Albulcais describen la corrección quirúrgica de la ginecomastia, la obra de este dominó la medicina Europea a lo largo del período medieval (1096 - 1438). En el renacimiento (1453 - 1600) la anatomía paso a ser el fundamento de la cirugía gracias a los trabajos de Leonardo Da Vinci y Andrés Vesalio y la aplicación de estos estudios anatómicos es evidente en la vida y trabajos de Ambrosio Paré y de Gaspar Tagliacozzi, el primero en *Voyages et apoliqie* atribuyo las primeras mamoplastías a Pablo de Egina y a Albulcais, cirujano griego y árabe respectivamente.

En el siglo XII Will Durston (Plymouth, England) se cita en cierto número relatos históricos modernos por haber realizado en 1669 la primera mamoplastía para el alivio de la hipertrofia masiva de la mama. En el siglo XVIII no destaca la historia de la cirugía plástica de la mama y en siglo XIX nació la era moderna de la cirugía plástica y su máximo exponente Carl-Ferdinand Von

Graefe, profesor de cirugía en la Universidad de Berlín. Pero aún la amputación de la mama alterada, con su pezón y areola ofrecía la solución más simple de la hipertrofia mamaria, posteriormente Theodore Gaillard Thomas (1831 - 1903) siglos después de la obra de Pablo de Egina, revivió el concepto y el empleo de la incisión inframamaria, así también existen informes de mamoplastías en este siglo por Pousson y Venchere con resecciones parciales de la mama.

En el siglo XX la Dra. Susanne Noel publicó el libro *La Chirurgie Esthetique* en 1926 respecto a la corrección quirúrgica de la mama ptósica, así es como la historia de la mamoplastía moderna realmente empieza con la introducción de la técnica de Bisenberger el cual publicó un artículo en 1928 sobre un nuevo método de mamoplastía y de los conceptos de Schawarzmman del colgajo pezón-areola vascularizado en 1930.

Los métodos actuales o tradicionales de mamoplastías de reducción se pueden dividir de acuerdo al tipo de pedículo dérmico nutricio del complejo areola-pezón:

Horizontal (bipediculado) Stromberg 1960.

Lateral Superior Skoog 1963.

Superior Pitanguy 1962; Winer 1973; Cramer y Chong 1976; Elbaz y Vernecke; Meyer y Kesselring.

Vertical (bipediculado) MC Kissock 1972.

Inferior Ribeiro y Backer 1973; Robbins 1977; Courtisy y Goldwyn 1977; Georgiade 1983.

2.1 MARCO CONCEPTUAL

EMBRIOLOGIA

La glándula mamaria se inicia en el embrión como una elaboración del epitelio cutáneo, la cual tiene lugar a partir de los engrosamientos longitudinales bilaterales de la piel conocidos como crestas mamarias o líneas de leche. En el embrión humano, las crestas empiezan a evidenciarse a las 6 semanas o en el embrión de 9mm de longitud. Una pequeña porción de cada cresta se desarrolla en la región pectoral en el primordio definitivo de la mama; el resto desaparece excepto en la circunstancia infrecuente de formación de una mama supernumeraria. El origen procede de la parte de la cresta que se superpone a las estructuras intercostales cuartas. Sin embargo la altura del desarrollo puede ser asimétrica originándose una mama en un espacio intercostal más alto o más bajo que la otra.

La mayoría de las glándulas mamarias supernumerarias están localizadas a lo largo de las líneas de leche. Subsistiendo la dificultad de que ciertas mamas o pezones supernumerarios se encuentran en una localización bizarra para el hombre, como en el hombro o el muslo. Siendo la polimastia la anomalía congénita más frecuente y la estructura supernumeraria más corriente es un pezón y areola, ya que rara vez se presenta una mama completamente formada. La anomalía es más frecuente en las mujeres que en los hombres. La mayor parte de las estructuras supernumerarias están situadas por debajo de las glándulas normales. Cuando solo existe una estructura supernumeraria, se encuentra preferentemente en el lado izquierdo.

ANATOMIA

En los hombres y las mujeres jóvenes el pezón se localiza casi invariablemente a 1 ó 2 cm por fuera de la línea clavicular media, siendo su altura variable. Toda la mama puede considerarse

que se extiende desde la II o III costilla hasta la VI u VIII, y en sentido transversal desde la línea paraesternal a la axilar anterior, hallándose el proceso axilar dentro de la axila.

El fuerte estroma de la mama es una elaboración de tejido conjuntivo de la fascia superficial, Cooper lo describió formado entre las láminas anterior y posterior de la fascia superficial. Por detrás, la mama está separada de la fascia pectoral, la vaina del pectoral mayor, por el espacio retromamario. Por el exterior de la lámina anterior emergen numerosas prolongaciones fibrosas que Cooper calificó de ligamentos suspensorios y que fijan la mama al pezón y a la superficie profunda de la piel. Las cavidades dentro de la masa estrogénica se llenan con lóbulos de tejido glandular incluidos en una cantidad variable de tejido adiposo. La glándula mamaria es un conglomerado de 15 a 20 glándulas separadas, cada una con sus acini secretantes agrupados en lóbulos y su propio sistema de conductos ramificados. Los conductos galactóforos terminales no comunican entre sí, y se abren por separado en 15 o 25 orificios independientes en el pezón.

Los alvéolos secretantes están formados por células cuboides o cilíndricas bajas, encerradas dentro de una red laxa semejante a una canasta de células mioepiteliales ramificadas. Los conductos están recubiertos por epitelio escamoso estratificado y rodeado de músculo liso que se sitúa a lo largo de los conductos por detrás de la areola, pero que lo hace de forma circular en el pezón. A lo largo del borde de la areola existen grandes glándulas sudoríparas y sebáceas, pero en la mujer suelen faltar los pelos o son rudimentarios. En la areola las suaves elevaciones de su superficie son glándulas areolares (o de Montgomery), que tienen una estructura intermedia entre las glándulas sudoríparas y las mamarias. El pezón no posee grasa sino más bien tejido fibroso elástico y músculo liso dispuesto de forma circular dentro del cuerpo principal y alrededor de su

que se extiende desde la II o III costilla hasta la VI u VIII, y en sentido transversal desde la línea paraesternal a la axilar anterior, hallándose el proceso axilar dentro de la axila.

El fuerte estroma de la mama es una elaboración de tejido conjuntivo de la fascia superficial, Cooper lo describió formado entre las láminas anterior y posterior de la fascia superficial. Por detrás, la mama está separada de la fascia pectoral, la vaina del pectoral mayor, por el espacio retromamario. Por el exterior de la lámina anterior emergen numerosas prolongaciones fibrosas que Cooper calificó de ligamentos suspensorios y que fijan la mama al pezón y a la superficie profunda de la piel. Las cavidades dentro de la masa estrogénica se llenan con lóbulos de tejido glandular incluidos en una cantidad variable de tejido adiposo. La glándula mamaria es un conglomerado de 15 a 25 glándulas separadas, cada una con sus acini secretantes agrupados en lóbulos y su propio sistema de conductos ramificados. Los conductos galactóforos terminales no comunican entre sí, y se abren por separado en 15 o 25 orificios independientes en el pezón.

Los alvéolos secretantes están formados por células cuboides o cilíndricas bajas, encerradas dentro de una red laxa semejante a una canasta de células mioepiteliales ramificadas. Los conductos están recubiertos por epitelio escamoso estratificado y rodeado de músculo liso que se sitúa a lo largo de los conductos por detrás de la areola, pero que lo hace de forma circular en el pezón. A lo largo del borde de la areola existen grandes glándulas sudoríparas y sebáceas, pero en la mujer suelen faltar los pelos o son rudimentarios. En la areola las suaves elevaciones de su superficie son glándulas areolares (o de Montgomery), que tienen una estructura intermedia entre las glándulas sudoríparas y las mamarias. El pezón no posee grasa sino más bien tejido fibroso elástico y músculo liso dispuesto de forma circular dentro del cuerpo principal y alrededor de su

base. El músculo es el responsable de la erección del pezón a la estimulación. Probablemente actúa también como un delicado esfínter para los conductos de leche.

Irrigación Arterial

La mama esta irrigada por tres pedículos: La arteria mamaria interna , la arteria axilar y las intercostales aórticas. Las arterias mamarias internas y laterales de los dos primeros orígenes constituyen las fuentes principales y discurren muy cerca de la superficie profunda de la piel en la cara anterior de la mama. Se complementan en la mitad inferior de la glándula por las pequeñas arterias mamarias posteriores, que proceden lateralmente de las arterias intercostales y de la mamaria interna por la parte interna.

La arteria mamaria interna, por lo tanto, da nacimiento a varias arterias "perforantes" para la mama que atraviesan los espacios intercostales cerca del esternón. De estas ramas, la mayor es generalmente la proveniente del espacio II o III, pero una arteria perforante I o IV puede ser mayor. Las contribuciones mamarias posteriores de la mamaria interna atraviesan en general los espacios intercostales IV y V. La arteria mamaria lateral (externa) con frecuencia está representada por un solo vaso procedente de la arteria torácica inferior, gira alrededor del músculo pectoral mayor y la parte baja de la mama hacia su trayecto anterior.

Las arterias mamarias posteriores colocadas lateralmente vienen en general de las intercostales aórticas cuarta o quinta.

Las arterias mamarias mediales y laterales se dirigen hacia el centro de la mama sumergidas más o menos en la grasa subcutánea. Ramas pequeñas irrigan la piel suprayacente; ramas mayores penetran en la glándula. Sus porciones terminales rodean el pezón y la areola y se anastomosan entre si, a menudo en un

anillo circunareolar anastomótico desde el cual se nutre el pezón. El pezón se nutre principalmente por ramas subcutáneas de las arterias mamarias mediales y laterales a través de ramas del anillo circunareolar.

Irrigación Venosa

Las venas mayores de la mama forman parte esencialmente del plexo subcutáneo de las venas del tronco, que se vacían hacia la porción interna de la mama a la mamaria interna y lateralmente a la vena axilar, pero conectan también con las venas del cuello por arriba y con las del abdomen por abajo.

Linfáticos

Existe un extenso plexo linfático en la superficie externa de la mama con abundantes anastomosis con los linfáticos de la piel, la circulación principal tiene lugar a través de conductos situados a mayor profundidad en la glándula. las vías de salida de la mama son cuatro: axilar, mamaria interna, intercostal posterior y cutánea. en circunstancias normales, la ruta axilar y la mamaria interna deben considerarse las principales. El 75% o más de la linfa circula hacia la axila, yendo la mayor parte de la restante a los ganglios linfáticos de la cadena mamaria interna.

Inervación

La percepción sensorial de la mama tiene las mismas particularidades que la de el tejido celular subcutáneo y la piel de otras partes del cuerpo. La rica sensibilidad que muestra el pezón es capaz de iniciar reacciones hormonales (secreción refleja de prolactina y oxitoxina para mantener la lactancia) y eróticas, así también recibe fibras simpáticas para sus vasos sanguíneos y músculo liso.

La mama esta inervada por nervios intercostales que recubre, centrándose mas o menos en el cuarto intercostal según fue demostrado por Cooper(1). El Dr. George Hricko ha podido

demostrar en estudios de disección que la rama anterior del cuarto nervio cutáneo lateral constituye el único nervio para el pezón que pasa desde la profundidad a través de la estructura mamaria. Craig y Sykes(2) observaron que el pezón y la areola se inervan siempre desde la profundidad de la mama, nunca por nervios que pasan superficiales al tejido mamario. Encontraron que el pezón y la areola se inervaban regularmente por los nervios cutáneos anteriores III, IV y V y los nervios cutáneos laterales IV y V con la adición del nervio cutáneo lateral III en una tercera parte de las mamas disecadas por ellos.

El músculo involuntario que rodea los conductos del pezón y los vasos sanguíneos, así como las glándulas sudoríparas de la mama se inervan mediante fibras nerviosas simpáticas.

3.- DEFINICION DEL PROBLEMA

Se considera a la mama hipertrofica simplemente como un órgano de tamaño excesivo, pero por los demás normal (sin afecciones malignas ni enfermedad fibroquística). Pero aún así diversos autores han informado la frecuencia de mastopatía crónica encontrada en grandes series de enfermas operadas por hipertrofia mamaria, la frecuencia comunicada oscila entre el 50 y el 75%, y abarca todo el espectro de entidades histopatológicas, que comprende en conjunto el "potpourri" de la "enfermedad fibroquística".

Entre los diagnósticos microscópicos concretos figuran: Fibrosis del estroma, Fibroadenomatosi, ectasia ductal, atrofia lobulillar, adenosis esclerosante, hiperplasia y papilomatosis intraductal, enfermedad micro y macroquística, adenosis de conducto romo, metaplasia apócrina, adenosis y adenofibrosis y

adenofibrosis. Stromberg considera la hiperplasia como un aumento del número de células e hipertrofia un aumento del volumen de las células, utilizando el término de hipertrofia, Lalardrie y Jouglard intentaron cuantificar el tamaño de la masa a través de las mediciones de la altura y la proyección hacia adelante de la mama. Llegaron a la conclusión de que cuando el volumen mamario superaba el 50% del volumen mamario "ideal" o "normal" determinado por aquellas medidas, existía algún grado de hipertrofia. Reconocieron 5 categorías:

Ideal.....	250 a 300 cm ³ (volumen)
Hipertrofia moderada.....	400 a 600 cm ³
Hipertrofia importante.....	600 a 800 cm ³
Hipertrofia bastante importante.....	800 a 1000 cm ³
Gigantomastia.....	más de 1500 cm ³

Las pacientes con Hipertrofia mamaria y Gigantomastia, padecen más que una deformidad inestética, signos y síntomas como: dolor mamario, dolor en la parte baja del cuello, raquialgias, asociado con artritis hipertrófica de las vertebrae cervicales. Alteraciones posturales como cifosis, escoliosis y lordosis compensadoras. Formación de surcos e irritación de la piel de los hombros por la presión de las tiras y sostenes. Intertrigo submamario, perturbación mental y trastornos de la sensibilidad a lo largo del nervio cúbital en la mano por presión del mismo.

Las técnicas de mamoplastia de reducción más popularizadas en los últimos años y con mejores resultados estéticos son las de: Pitanguy (1962); Dufourmentel y Mouly (1961); Mc Kissock (1972); Ribeiro y Becker (1973); Goldwyn (1977); Georgiade (1983).

4.-JUSTIFICACION

Con la hipertrofia mamaria en sus diferentes grados así como en la gigantomastia, coexisten con síntomas y signos diversos relacionados con el aumento del volumen glandular mamario, lo que causa que las pacientes que las padecen, acudan a la consulta de la especialidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva para que se les realice un procedimiento de mamoplastia de reducción.

En el H.C.S.A.E. de PEMEX, se realizan diferentes técnicas de mamoplastias de reducción para la corrección de la hipertrofia mamaria y o gigantomastia. Como dichos procedimientos se realizan en forma rutinaria, es necesario la elaboración de un estudio que muestre la propia experiencia del hospital con este tipo de pacientes, con el objeto de determinar las complicaciones más frecuentes, y así prever las mismas y tomar medidas preventivas para su menor presentación.

5.-OBJETIVOS

5.1.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar los signos y síntomas asociados con la hipertrofia mamaria en las pacientes sometidas a mamoplastias de reducción.

Establecer la técnica más comúnmente utilizada en el H.C.S.A.E. de PEMEX.

Describir las complicaciones que se presentan en el postoperatorio de la Mamoplastia de Reducción y su manejo.

Conocer el resultado del estudio histopatológico del tejido glandular resecaado en las pacientes operadas de mamoplastias de reducción.

6.-METODOLOGIA

6.1- DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

Estudio retrospectivo, longitudinal, observacional, comparativo.

6.2- DEFINICION DE LA POBLACION OBJETIVO.

Pacientes del sexo femenino con el diagnóstico de hipertrofia mamaria en sus diferentes grados o gigantomastia.

6.3- CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION.

Pacientes derechohabientes de Petróleos Mexicanos operadas de mamoplastias de reducción.

6.3.1- CRITERIOS DE EXCLUSION.

Pacientes con Cáncer mamario.

Pacientes operadas de Reconstrucción Mamaria o algún procedimiento diferente a una Mamoplastia de Reducción.

6.3.2- CRITERIOS DE ELIMINACION.

Pacientes que no se encuentre su expediente médico.

6.3.3- UBICACION DEL ESPACIO TEMPORAL.

De 1984 a Octubre de 1992 Hospital Central Sur de Alta Especialidad PEMEX Servicio del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

6.4- DISEÑO ESTADISTICO.

6.4.1- MARCO DE MUESTREO.

Todos los Expedientes recabados de 1984 a Octubre de 1992.

6.4.2- UNIDAD ULTIMA DE MUESTREO.

Expedientes Clínicos del H.C.S.A.E. PEMEX

6.4.3- TAMAÑO DE LA MUESTRA.

41 Expedientes.

6.5- DEFINICION DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICION

PREOPERATORIAS:

Mastálgia.- Dolor de la glándula mamaria.

Raquialgia.- Dolor de la columna vertebral.

Intértrigo sub-mamario.- Inflamación eritematosa a nivel del pliegue sub-mamario.

Alteraciones Posturales:

Lordosis.- Incremento de la curvatura normal de la columna lumbar.

Cifosis.- Incremento de la curvatura normal de la columna dorsal.

Escoliosis.- Desviación lateral de la columna vertebral.

POSTOPERATORIAS:

Hemstoma.- Tumor por acumulación de sangre.

Seroma.- Tumor por acumulación de material seroso.

Asimetría glandular.- Diferencia de tamaño entre ambas mamas.

Deformidad glandular.- Inadecuada proyección de la glándula mamaria de acuerdo a la apariencia normal.

Necrosis del complejo areola-peón.- Muerte tisular por falta de irrigación sanguínea adecuada del complejo areola-peón.

6.6.- RECOLECCION Y ANALISIS DE DATOS

- 1) Se extrajeron los datos de las pacientes operadas de Mastoplastias de Reducción del archivo del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del H.C.S.A.E. para posteriormente obtener los expedientes de dichas pacientes del archivo general del Hospital, y una vez consultados los mismos, vaciar los datos obtenidos a hoja de recolección de datos previamente diseñada. (la cual se anexa)
- 2) Vaciamiento de la información recopilada en el programa de computación EPI-INFO para obtener frecuencia y porcentajes de la información.
- 3) Vaciamiento de resultados de las variables en el programa de computación Harvard Graphics para elaboración y comparación de gráficas.

7.- RESULTADOS

La edad al diagnosticarse la Hipertrofia Mamaria o la Gigantomastia fue dentro de un rango de 10 años a 53 años y como edad promedio de 19.4 años. De los síntomas preoperatorios la mastalgia se presentó en 28 pacientes (68.3%). Las raquialgias en 21 pacientes (51.2%). La secreción mamaria en 6 pacientes (14.6%); 19 pacientes (46.3%) presentaron alteraciones posturales; 6 pacientes (14.6%) presentaron trastornos del nervio cubital por compresión del mismo en su trayecto a nivel axilar, condicionada por el aumento del volumen glandular de la mama. La irritación de la piel de los hombros condicionada por el uso de brasier se presentó en 24 pacientes (58.5%). El intérrigo sub-mamario se presentó en 26 pacientes (63.4%). fig 1. La técnica más comunmente utilizada fue la mamoplastia de reducción tipo Mc Kisson en 24 pacientes (58.5%), seguida por la amputación mamaria con colocación de injerto de areola-pezones en 9 pacientes (21.9%). La técnica de Gullian fue empleada en 3 pacientes (7.31%). la de Pitanguy en 2 pacientes (4.87%) así también la de tipo periareolar en otras 2 (4.87%) y la tipo Robbins en 1 (2.4%) fig 2 . El tiempo operatorio promedio fue de 157 minutos el más corto fue de 270 y el más largo de 270 minutos. El tipo de drenaje colocado más frecuentemente en el post-operatorio fue el drenovac de 1/4 en 24 casos (58.5%) y el penrose en los otros 17 (41.5%).

La estancia intrahospitalaria postoperatoria promedio fue de 3.12 días, la más corta de 2 días en siete pacientes (17.1%) y el la más prolongada de 5 días en tres pacientes (7.3%) fig 3 . Los antibióticos prescritos postoperatoriamente más frecuentemente fueron las cefalosporinas de tercera generación en 36 pacientes, el tiempo de administración promedio fue de 10 días.

Las complicaciones postoperatorias presentadas en orden de frecuencia fueron las siguientes; Cicatrices Hipertroóficas en 11 pacientes (26.8%), Seromas en 7 pacientes (17.1%). Dehiscencia de la herida en 4 pacientes (9.8%). Necrosis de colgajos en 4 pacientes (9.8%), Hematoma en 2 pacientes (4.9%). Necrosis del complejo areola pezón en una paciente (2.4%) y asimetría glandular en otra fig 4.

En todos los casos se envió a estudio histopatológico el tejido glandular resecaado, reportandose tejido mamario de características compatibles con el diagnóstico de Hipertrofia Mamaria en 26 casos, Mastopatía Fibroquistica en 13 casos y Fibroadenoma en los restantes 2 casos fig 5.

8.-DISCUSION

La hipertrofia mamaria y la gigantomastia son entidades clínicas a las cuales se han enfrentado los cirujanos desde la antigüedad. Hasta nuestros días se han descrito numerosas variantes quirúrgicas para su tratamiento definitivo; estas variantes se pueden agrupar en dos aspectos: El primero relacionado con las incisiones cutáneas y el tipo de cicatriz resultante, es decir una "T" invertida, una "L", una "J", una "Z" o una circular periareolar. El segundo relacionado con el tipo de resección parenquimatosa de la hipertrofia glandular mamaria que puede ser ubicado en los polos superior, inferior y porciones laterales y combinaciones de ellas. Por otro lado se las agrupa también según el pedículo nutricio para el complejo areola pezón o bien como injerto de este complejo.

Cualquiera de las técnicas modernas que sea aplicada para el tratamiento de la hipertrofia o gigantomastia, debe ofrecer óptimos resultados considerando que la técnica elegida sea perfectamente conocida por el cirujano y este tenga experiencia suficiente para el tratamiento de este problema. En la actualidad se conoce casi perfectamente la vascularidad de la glándula mamaria, el cual por su riqueza ofrece seguridad en todas las técnicas.

Como en la mayor parte del mundo, en el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del H.C.S.A.E. la técnica de doble pedículo vertical descrita por Mc Kisson, ha sido la más empleada.

Los avances en cirugía mamaria no han cesado y continuamente se dan a conocer nuevas variantes o técnicas novedosas con el fin de perfeccionar este tipo de procedimientos, uno de ellos y muy importante radica en la disminución o refinamiento de las cicatrices resultantes.

Actualmente en el hospital es posible brindarles a las pacientes con hipertrofia mamaria o con gigantomastia una técnica de mamoplastia de reducción acorde a su diagnóstico y con resultados estéticos y funcionales óptimos que causen una mejora de sus síntomas y signos así como de su estado psicológico.

Con lo cual a las pacientes candidatas a realizarles un procedimiento de mamoplastia de reducción se les podrá brindar resultados estéticos óptimos en cuanto a el contorno, volumen y cicatrices menos aparentes. Todo ello dependiente del conocimiento anatómico, dominio de la técnica, experiencia y creatividad artística del Cirujano Plástico.

9.- CONCLUSIONES

Posterior al análisis de los 41 expedientes se encontró como síntoma preoperatorio más frecuente la mastalgia, y el signo más comúnmente encontrado fue el intertrigo submamario, esto a causa del volumen aumentado de las glándulas mamarias que ocasiona humedad de la piel debajo de la glándula ptósica, por el contacto permanente de la piel de la mama y de parrilla costal.

La técnica de mamoplastía de reducción mas comunmente aplicada fue la tipo Mc Kisson en 24 de las 41 pacientes, por ser una de las más previsibles, pudiéndose planear en forma simétrica con un patrón de medidas exactas, facilidad al ejecutarse si existe dominio de la técnica, aun en casos de hipertrófia glandular grado IV, con un mínimo de complicaciones o sin ellas, buenos resultados estéticos y funcionales. La complicación post operatoria más frecuente fueron las cicatrices hipertróficas, esto debido probablemente a la manipulación exagerada de los bordes de la piel de los colgajos glandulares al realizarse el procedimiento quirúrgico. Lo anteriormente expuesto debe de preverse ya que las técnicas mas empleadas dejan grandes heridas y no hay que manipular demasiado los colgajos ni dejar heridas con mucha tensión. La relación de cicatriz hipertrófica y técnica empleada no se debe de utilizar en este caso ya que no existe un número similar de casos operados con las diferentes técnicas. En pacientes con gigantomastia esta indicado realizar una amputación con injerto de areola pezón y no una técnica convencional de mamoplastía de reducción ya que esto podría aumentar en riesgo de necrosis del complejo areola pezón si el tejido glandular reseca es demasiado para que comprometa la irrigación de dicho complejo, y así también, una vez reseca el tejido sobrante de los colgajos y realizar la reconstrucción de la glándula, al afrontarse estos, sean dejados con demasiada tensión, lo que sucedió en dos de los casos con gigantomastia operados con otra

técnica diferente a la amputación con injerto libre de A-P y que desarrollaron cicatrices hipertróficas uno por necrosis del complejo areola pezón y otro por demasiada tensión en los colgajos del brasier cutáneo.

La correlación entre el tipo de drenaje colocado en la cirugía y la formación de seromas resultó paradójica ya que de las siete pacientes que desarrollaron seromas en el P.O. a cuatro de ellas se les colocó drenovac y a tres penrose, esperándose que la formación de seromas fuese más frecuente en el grupo de las que se empleo penrose.

En cuanto al análisis histológico del tejido glandular resecaado, la mastopatía fibroquística es la patología que más comunmente se asocio con la hipertrofia mamaria, lo que no es distinto a lo ya conocido.

Existe en la literatura mundial informes de las diversas técnicas de mamoplastias de reducción con más o menos resultados estéticos y funcionales adecuados dependiendo del tipo de técnica de cual se trate, ya que como es conocido los que se pueden utilizar para la corrección de glándulas mamaras con un gran volumen dejan como resultado cicatrices muy amplias, y si se utiliza alguna técnica de mamoplastía de reducción que deje cicatrices menos amplias el resultado estético en cuanto a la forma de la glándula y la proyección del complejo areola pezón es de menor calidad obviamente dependiendo de la técnica empleada.

Los resultados obtenidos en este estudio no difieren grandemente de los informados en la literatura mundial, a pesar de que en este estudio se refiere la evolución en población mexicana y con el empleo de diferentes técnicas.

10.- ANEXOS

SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA

MAMOPLASTIAS DE REDUCCION

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE: _____

EDAD: _____ NUM. EXPEDIENTE: _____

SINTOMAS Y SIGNOS :

Mastalgia: SI _____ NO _____ Raquialgias: SI _____ NO _____

Secreción mamaria: SI _____ NO _____

Alterac. posturales (lordosis, cifosis, escoliosis):

SI _____ NO _____

Trastornos sensibilidad trayecto nervio cubital: SI _____ NO _____

Irritación de la piel de los hombros por sostén: SI _____ NO _____

Intértrigo sub mamario: SI _____ NO _____

Edad al detectarse el diagnóstico: _____

TIEMPO OPERATORIO: _____

TECNICA EMPLEADA: _____

TIPO DE DRENAJE: _____

ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA: _____

ANTIBIOTICO UTILIZADO: _____ No. DIAS: _____

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

Hematoma: ..SI _____ NO _____ Seroma: SI _____ NO _____

Dehiscencia de la herida:..... SI _____ NO _____

Necrosis del complejo areola pezón: SI _____ NO _____

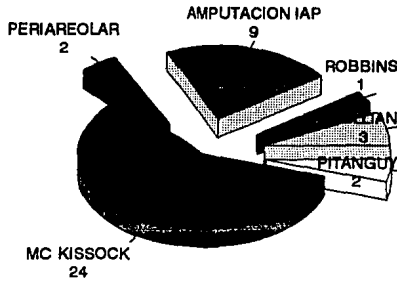
Necrosis de colgajos: SI _____ NO _____

Deformidad: SI _____ NO _____ Asimetría: SI _____ NO _____

Cicatrices hipertróficas: SI _____ NO _____

RESULTADOHISTOPATOLOGICO: _____

MAMOPLASTIAS DE REDUCCION TECNICAS EMPLEADAS



H.C.S.A.E. PEMEX

fig. 2

MAMOPLASTIAS SIGNOS PREOPERATORIOS

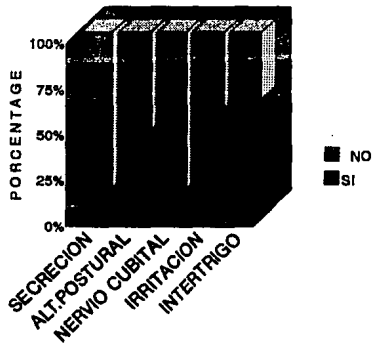


fig. 1

MAMOPLASTIAS

ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA

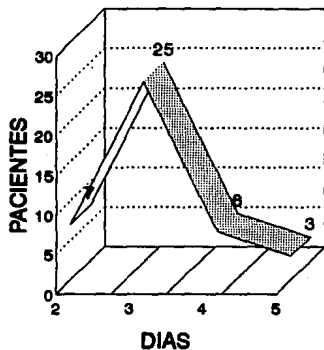


fig. 3

MAMOPLASTIAS

SINTOMAS PREOPERATORIOS

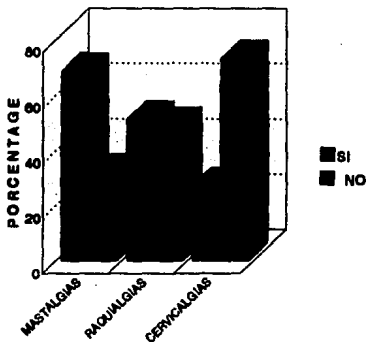
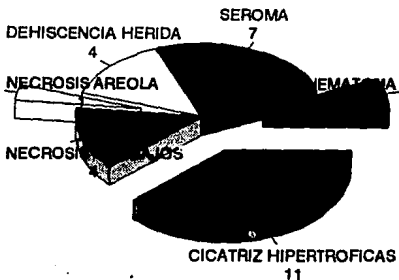


fig. 1

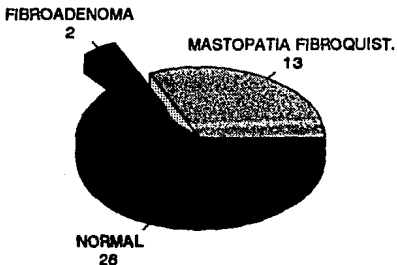
MAMOPLASTIAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS



H.C.S.A.E. PEMEX

fig. 4

MAMOPLASTIAS RESULTADOS HISTOPATOLOGICOS



H.C.S.A.E. PEMEX

fig. 5

11.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Craig, R. and Sykes, P:A. Nipple sensitivity following reduction mammoplasty. Br. J. Plast. Surg. 23: 165-172, 1970.
- 2) Mc Kisson, P. Reducción Mammoplasty with vertical flap. Plast. Reconstr. Surg. 49: 245. 1972.
- 3) Letterman, G. Surgical Correction of Massive Ginecomastia. Plast. Reconstr. Surg. 49: 259. 1972.
- 4) Regnault, P. Reduction Mammoplasty by the "B" technique. Plast. Reconstr. Surg. 53: 19. 1974.
- 5) Robbins, T. A Reduction Mammoplasty with the Areola-Nipple based on an inferior Dermal Pedicle. Plast. Reconstr. Surg. 59: 64. 1977.
- 6) Snyder, G. The Combined Use of The Strombeck Pattern and the Mc Kisson Keyhole Pattern un Marking Macromastia. Plast. Reconstr. Surg. 65: 231. 1980.
- 7) Pexioto, G. Reduction Mammoplasty: A personal Technique. Plast. Reconstr. Surg. 65: 217. 1980.
- 8) Marchac, D: Reduction Mammoplasty and Correction of Ptosis with a short Inframammary Scor. Plast. Reconstr. Surg. 69: 45. 1982.
- 9) Taylor, G. The Vascular Territories (angiosomes) of the Body: Experimental Study and Clinical Applications.

- 9) Taylor, G. The Vascular Territories (angiosomes) of the Body: Experimental Study and Clinical Applications.
British Journal of Plastic Surgery. 40: 113-141. 1987.
- 10) Spear, S. Guidelines in Concentric Mastopexy.
Plast. Reconstr. Surg. 85: 961. 1990.
- 11) Benelli, L. A New Periareolar Mammoplasty: "Roun Block" technique. Aesth.
Plast. Surg. 14: 93-100. 1990.
- 12) Ersek, R. Circular Cinching Stitch.
Plast. Reconstr. Surg. 88: 350. 1991.
- 13) Yousif, J: Elimination of the Vertical Scar in Reduction Mammoplasty.
Plast. Reconstr. Surg. 89: 459. 1992.
- 14) Bustos, R. Periareolar Mammoplasty with Silicone Supporting Lamina.
Plast. Reconstr. Surg. 89: 646-659. 1992.