

11211 25



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**MODIFICACION AL MARCAJE
DE MCKISSOCK PARA LA
MAMOPLASTIA DE REDUCCION**

TESIS DE POSTGRADO

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN :**

CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA

P R E S E N T A :

DRA. ESPERANZA PADILLA MARTIN

ASESOR : DR. PEDRO GRAJEDA LOPEZ

MEXICO, D. F. FEBRERO



289588

2001



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.

TITULO DEL TRABAJO:

MODIFICACION AL MARCAJE DE MCKISSOCK
PARA LA MAMOPLASTIA DE REDUCCION.

NOMBRE DEL AUTOR:

PADILLA MARTÍN, ESPERANZA.

ASESORES:

DR. GRAJEDA LÓPEZ, PEDRO.

DR. CORZO SOSA, ANGEL RICARDO.

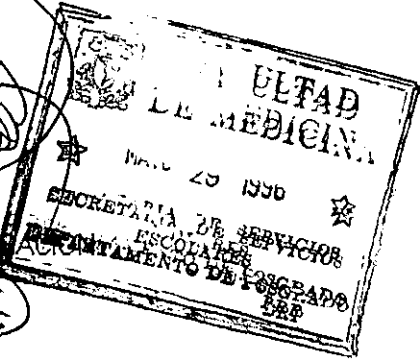
JEFE DE LA DIVISION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION:

DR. ROBLES PÁRAMO, ARTURO.

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
MÉXICO, D.F.



hospital de especialidades
DIVISION DE EDUCACION
E INVESTIGACION MEDICA



A DIOS:

GRACIAS POR PERMITIRME Y AYUDARME A LOGRAR
ALCANZAR ESTA META.

A MIS PADRES:

JOSE PABLO Y BEATRIZ, POR SU APOYO,
AYUDA, COMPRESION, POR SU AMOR Y SUS PALABRAS DE
ALIENTO.

A MI ESPOSO:

EDILBERTO POR TU COMPAÑIA, AMISTAD Y
APOYO PARA CONCLUIR JUNTOS UN SUEÑO ANHELADO,
QUE ES EL PRINCIPIO DE UN LARGO CAMINO QUE
RECORREREMOS JUNTOS.

A MIS HERMANOS:

POR LA INFANCIA FELIZ QUE PASAMOS
JUNTOS. POR NUESTRA VIDA PROFESIONAL Y PERSONAL
ALEJADOS PERO SIEMPRE JUNTOS.

A MIS PROFESORES:

POR COMPARTIR SUS CONOCIMIENTOS.

TITULO :

MODIFICACION AL MARCAJE DE McKISSOCK
PARA LA MAMOPLASTIA DE REDUCCION.

NOMBRE DEL INVESTIGADOR:

DRA. PADILLA MARTIN, ESPERANZA

HOSPITAL DE PROCEDENCIA:

HOSPITAL ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA.

INDICE

INTRODUCCION.....	4
OBJETIVOS.....	7
MATERIAL Y METODOS.....	8
ANALISIS DE RESULTADOS.....	18
DISCUSION.....	19
CONCLUSIONES.....	20
BIBLIOGRAFIA.....	21

INTRODUCCIÓN.

Muchos procedimientos quirúrgicos han sido reportados para la reducción de la hipertrofia mamaria. El número de técnicas descritas, indican que no hay una técnica adecuada para obtener en todas las mamas buenos resultados psicológica y estéticamente (1). Además del malestar físico, la hipertrofia mamaria afecta el sistema de locomoción, con una postura inclinada, dolor en la superficie dorsal cervical, parestesias de miembros torácicos, intertrigo, alteraciones del sistema respiratorio en pacientes de edad avanzada y las alteraciones psicológicas (2,3,4,5). Cualquier nueva técnica o modificación de alguna ya descrita, la cual pueda reducir el tamaño de la cicatriz, sin dañar la forma y la función, son consideradas como un progreso en el manejo de esta entidad (6). Muchos de los viejos procedimientos para la corrección de las mamas hipertróficas han sido abandonados por la alta incidencia de necrosis del complejo areola-pezones (CAP), o de los colgajos de piel, y por dar resultados inconstantes a corto y largo plazo (5). Pocos procedimientos en el campo de la Cirugía Plástica, prueban la versatilidad y actitud artística del cirujano, como éste, al realizar disecciones amplias de tejido mamario y posteriormente una reconstrucción cuidadosa, con atención a detalles

que afectan el tamaño, contorno, función y simetría . Esto demanda un conocimiento anatómico exacto y una planeación prequirúrgica cuidadosa (7) .

Los objetivos de una mamoplastia de reducción son: mejorar los síntomas ocasionados por la hipertrofia, al reducir el volumen y el peso ; mejorar la apariencia estética llevando el CAP a su posición ideal , preservando la proyección , sensibilidad y función eréctil del pezón ; y finalmente obtener una mama de forma estética conservando la lactancia en pacientes en edad reproductiva (3,8).

El marcaje de McKissock descrito en 1972 y con 8 años de experiencia en el momento de su publicación , pretendía corregir el aspecto aplanado de las mamas que la técnica de Strömbeck producía en el posoperatorio (9). McKissock creó un patrón-llave y modificó la extensión lateral de los brazos verticales al darles una forma de "S" itálica en lugar de ser rectas con lo cual logró que la apariencia fuera menos aplanada y el cierre se realizara sin tensión (7). La técnica de McKissock implicaba el tallado de un colgajo bipediculado vertical lo cual constituyó otra diferencia con la técnica de Strömbeck, el cual manejaba un colgajo bipediculado pero de posición horizontal (10). El gran adelanto que estas técnicas implican , consistió principalmente en el hecho de que fueron realizadas con un marcaje que permitía la realización de la técnica siguiendo pasos bien

determinados con la obtención de resultados constantes y que podían ser llevados a cabo por cirujanos con poca experiencia (9). Con el marcaje de McKissock y su técnica original (bipediculado) , se obtiene un alargamiento de la distancia entre el CAP y el surco inframamario y con el paso del tiempo esta distancia se exagera presentándose ptosis glandular (5). Un gran número de técnicas se basan, para su realización en el marcaje prequirúrgico de McKissock y el patrón-llave por él diseñado ; la técnica de pedículo inferior descrita por Riveiro y modificada posteriormente por Robbins , Courtiss y Georgiade (5,11,12) tuvieron como finalidad evitar las deformidades que se presentaban a corto y largo plazo (ptosis glandular, el aplastamiento de la mama , la formación de conos de Limberg); disminuir el tamaño de la cicatriz para hacerla menos evidente al no rebasar los límites del pliegue inframamario (13,14).

El propósito de este trabajo es la modificación a la técnica marcaje de McKissock para preservar la forma cónica , evitar la formación de conos de Limberg o cierre imperfecto de la herida quirúrgica en el surco inframamario evitando así la prolongación de la herida quirúrgica y con ésto las cicatrices visibles tanto medial como lateralmente , las cuales son poco aceptadas por las pacientes, además de disminuir la ptosis glandular a largo plazo.

OBJETIVOS:

Demostrar que en las pacientes a quienes se les realiza mamoplastia de reducción con el marcaje preoperatorio modificado McKissock :

- 1. Se disminuye la longitud de la cicatriz horizontal.**
- 2. La formación de los conos de Limberg es mínima.**
- 3. La ptosis glandular a largo plazo es menor.**

MATERIAL Y MÉTODOS.

En el período comprendido de enero de 1994 a enero de 1995 en el Hospital de especialidades Centro Médico La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social se realizaron 15 mamoplastias de reducción en pacientes femeninas con hipertrofia mamaria moderada, severa y gigantomastia, con una edad de 15 a 60 años, con hipertrofia virginal, sin patologías agregadas y todas derechohabientes del IMSS.

El marcaje se realizó con la técnica de McKissock pero con las siguientes modificaciones:

1. La línea inframamaria se trazó a nivel del surco inframamario y no a 1 cm sobre éste.
2. La longitud de las ramas laterales del patrón-llave fueron de 3 en lugar de 5 cm.
3. Las extensiones de las ramas laterales del patrón-llave hasta la línea inframamaria se marcaron con una línea curva de convexidad superior en lugar de la "S" itálica. Esta convexidad se realizó al trazar una línea recta que une a cada extremo de la rama lateral del patrón-llave con los extremos medial y lateral de la línea inframamaria, la convexidad

máxima del nuevo marcaje se ubicó a 2 cm de dicha línea. (Fig. 1)

La técnica quirúrgica que se realizó en todos los casos fue la de pedículo inferior (Georgiade).

Los cuidados posoperatorios fueron: vendaje elástico que se mantuvo por 24 a 48 hrs. luego de las cuales las pacientes usaron un sostén de algodón sin varillas; el retiro del drenovac fue entre 24 a 48 hrs. de posoperatorio y el retiro de los puntos a los 14 días.

La valoración de resultados se realizó a los 6 y 12 meses de posoperatorio.

Los resultados fueron valorados por la forma cónica de la mama, la longitud de la cicatriz en el surco inframamario y si fue o no perceptible con la paciente sentada tanto medial como lateralmente, así como la formación de conos de Limberg, ocasionados por el exceso de piel al suturarse dos colgajos de diferente tamaño que al ser resecados alargan la cicatriz. Otro parámetro ponderado fue la modificación en la longitud de la cicatriz vertical (del CAP al surco inframamario). Cuando se obtuvo una mama de forma cónica, la cicatriz no fue visible, no hubo formación de conos de Limberg, y la longitud de la cicatriz vertical se alargó menos de 2 cm el resultado fue considerado bueno; cuando se obtuvo una mama de forma cónica con cicatriz visible o bien la presencia de conos de Limberg y con una cicatriz vertical con un alargamiento menor de 2.5 cm, los

resultados fueron regulares; si se obtuvo una mama con pérdida de su apariencia cónica natural , con cicatrices visible , conos de Limberg y un alargamiento de la cicatriz vertical mayor de 2.5 cm , el resultado fue considerado malo.

Caso no. 1

Paciente femenino de 28 años de edad, con hipertrofia mamaria moderada. el tejido resecado fue 750gr mama derecha y 730gr. mama izquierda. El resultado fue valorado como regular por la formación de un cono de Limberg en el extremo medial de la cicatriz horizontal de la mama derecha, y cicatriz visible en el izquierdo. El alargamiento de la cicatriz vertical es de 2.0cm. (Fig. 2)

Caso no: 2

Paciente femenino de 60 años de edad, con hipertrofia mamaria severa, resecandose 1090 y 1100gr. El resultado es evaluado como bueno, no hubo formación de conos de Limberg, la cicatriz horizontal no es visible con la paciente en bipedestación. El alargamiento de la cicatriz vertical es de 1.9cm. (Fig. 3)

Caso no. 3

Paciente femenino de 38 años de edad, con gigantomastia, se efectuó resección de 1800gr de cada mama, el resultado fue bueno, sin formación de conos de Limberg, la cicatriz horizontal no es visible medial y lateralmente. La cicatriz vertical tuvo un alargamiento de 1.5cm. (Fig. 4)

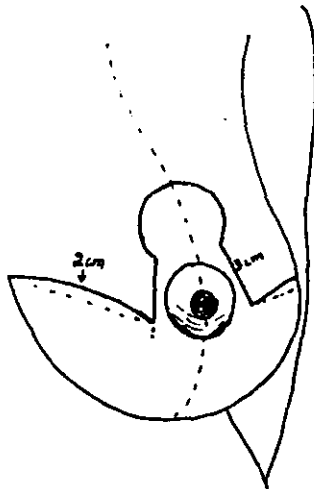


FIG. 1

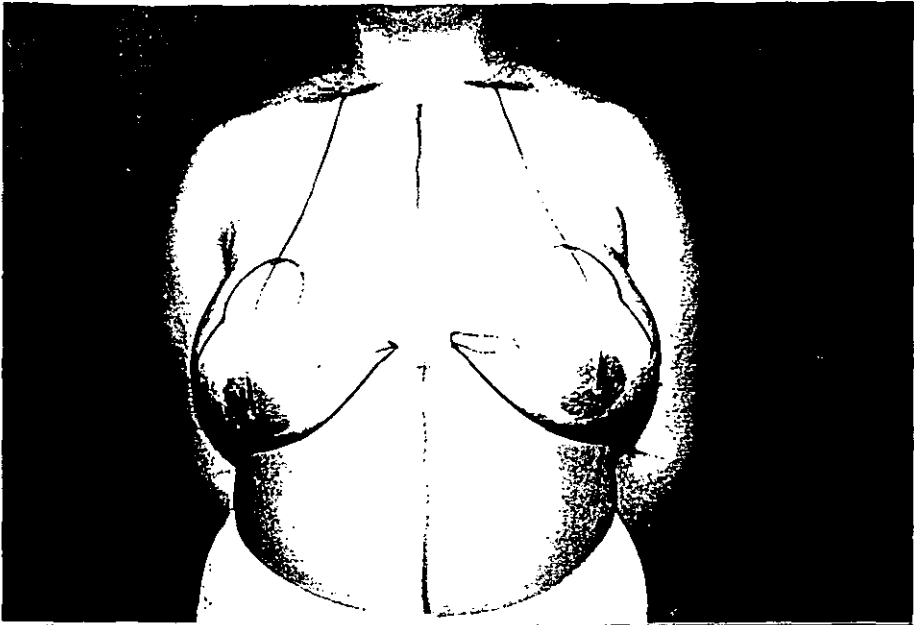


FIG. 2 (CONT..)

FIG. 2

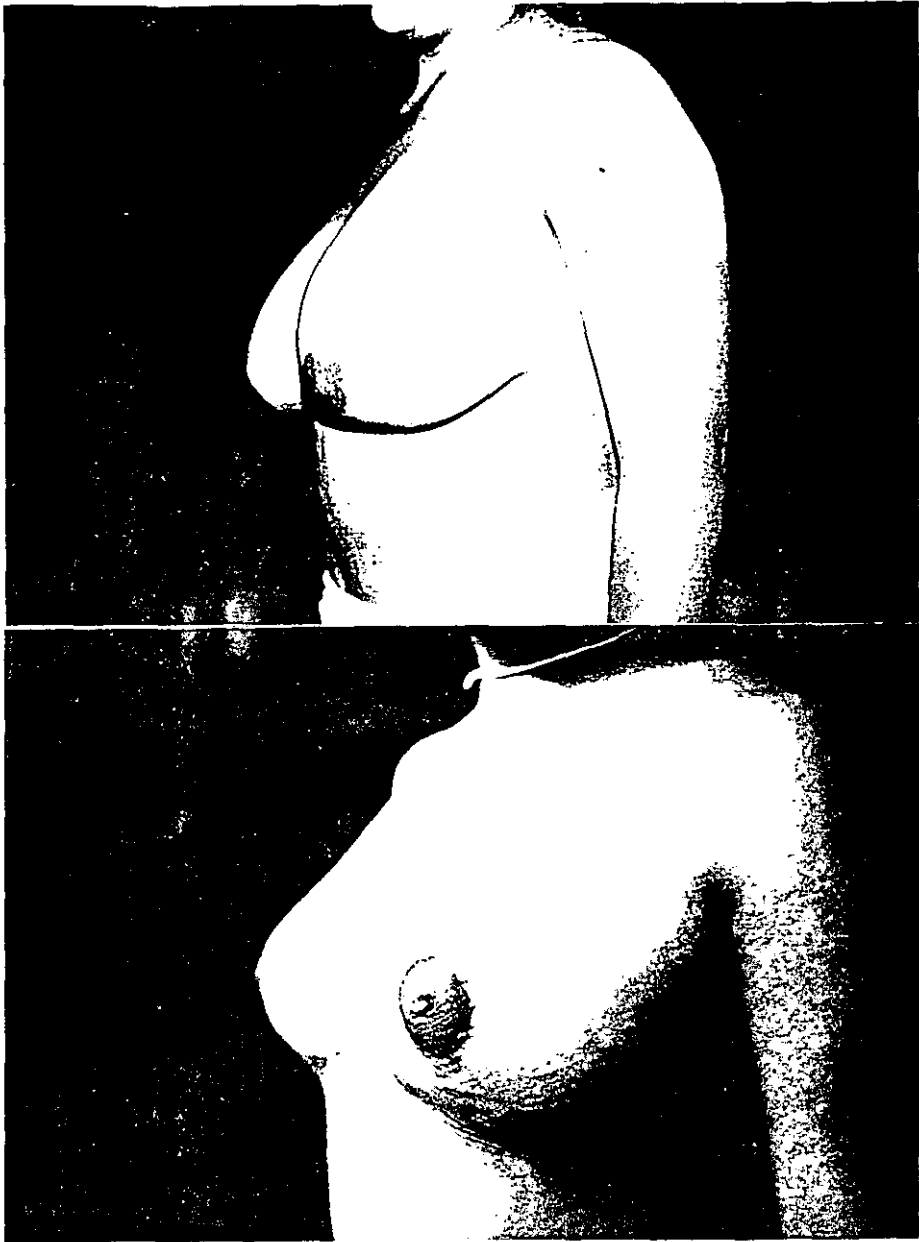
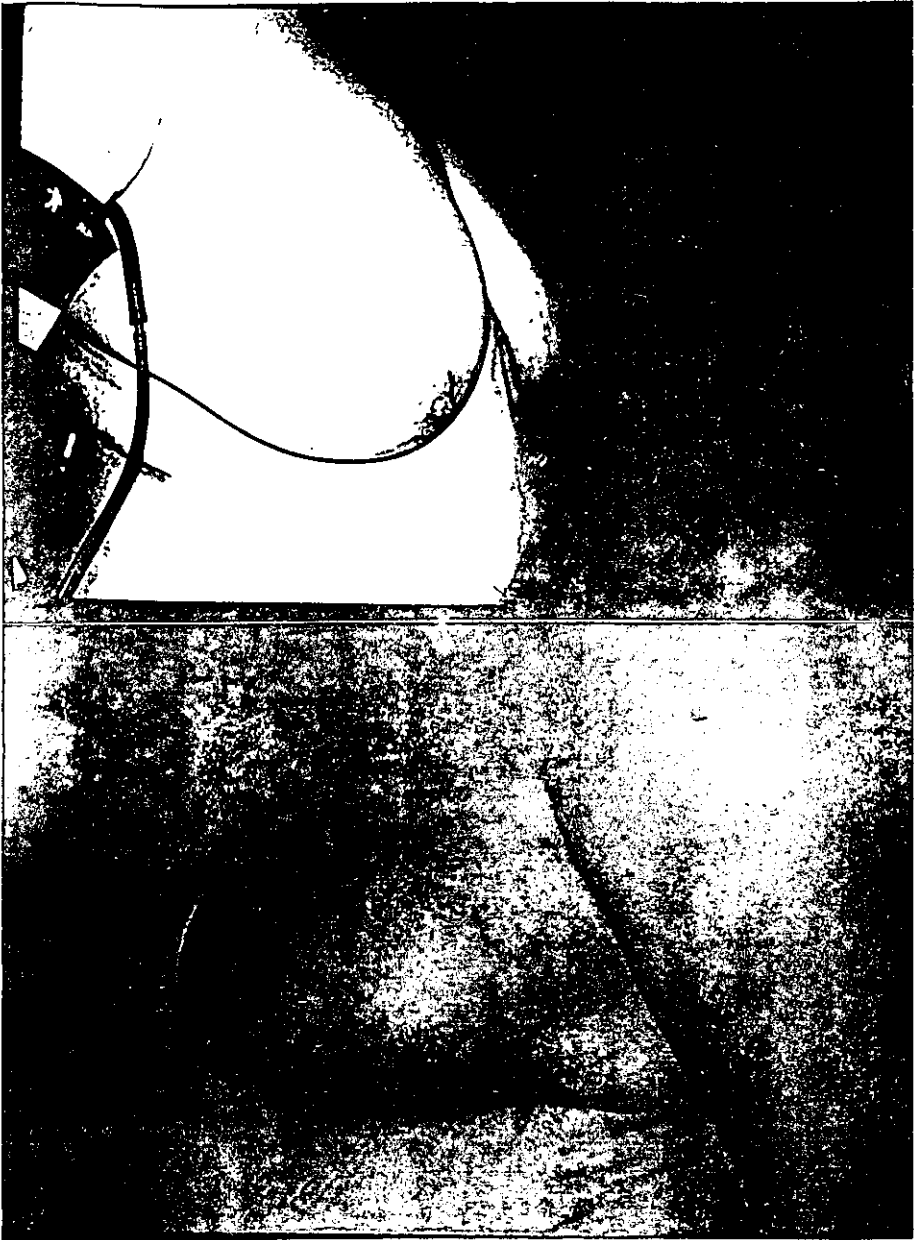




FIG. 3 (CONT...)

FIG. 3



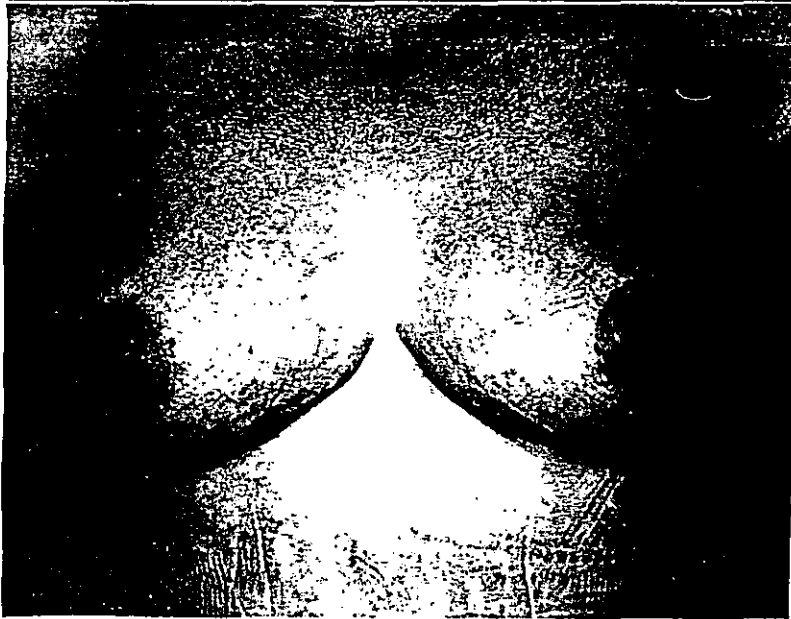
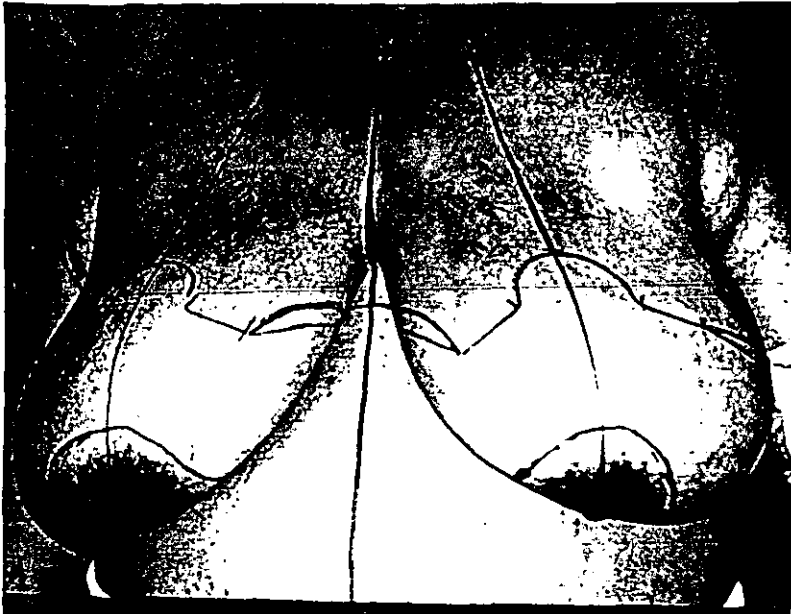


FIG. 4 (CONT...)

FIG. 4



ANÁLISIS DE RESULTADOS.

El estudio fue realizado en el Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza del IMSS del mes de enero de 1994 a enero de 1995 aplicándose a 15 pacientes femeninos con una edad de 15 a 60 años (media de 37.5 años) con hipertrofia moderada en 3 pacientes, severa en 5 y gigantomastia en 7. El tejido resecado de cada mama fue de 570 g a 3200g. Los resultados que se obtuvieron fueron buenos en 12 pacientes, regulares en 2 pacientes y malos en ninguno. Una paciente fue excluida por no acudir a control posquirúrgico. De los resultados valorados como regulares, una paciente presentó cicatriz visible medial y lateralmente (en la paciente en que la resección fue de 3200 g). En la segunda paciente, se presentó una cicatriz visible en el extremo medial de la mama izquierda y la formación de un cono Limberg en extremo medial de la mama derecha, el alargamiento de la cicatriz vertical de 2.0 cm. El alargamiento de la cicatriz vertical tuvo una fluctuación entre 1.3 y 2.4 cm con una media de 1.7 cm. No se presentaron otras complicaciones.

DISCUSIÓN.

Muchos procedimientos quirúrgicos han sido descritos , muchas modificaciones han sido realizadas al marcaje y al pedículo, con el objeto de obtener cicatrices pequeñas en áreas poco visibles y conservar la forma estética de la mama evitando la ptosis glandular a largo plazo. Müller refiere que con las técnicas de Strömbeck y McKissock a largo plazo la hipertrofia ocurre por presentarse un alargamiento de la distancia entre el CAP y la línea inframamaria siendo este alargamiento de 2.5 cm o más. Georgiade refiere manejar este problema mediante la suspensión del pedículo a la fascia del músculo pectoral.

Con esta modificación a la técnica del marcaje de McKissock hemos encontrado que la formación de conos de Limberg es mínima al obtener una longitud similar de los colgajos cutáneos con la magnitud de la incisión del surco inframamario, por lo que no se necesita alargar lateral y medialmente la cicatriz. (Fig. 5) El alargamiento de la cicatriz vertical a largo plazo (6 meses a 1 año) fue menor que el reportado por otros autores.

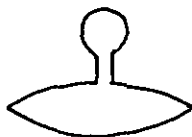


FIG. 5

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

CONCLUSIONES.

Es una técnica útil para cirujanos inexpertos por basarse en medidas exactas al igual que en la técnica de McKissock ; la cicatriz horizontal que se obtiene no es visible con la paciente en posición sentada y con los brazos descansando lateralmente. La formación de los conos de Limberg fue nula o mínima y finalmente , se obtuvo una recurrencia de la ptosis glandular de menor magnitud que el referido por otros autores.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Schatten W ; Reduction mammoplasty by the Dufourmentel-Mouly method. *Plast Reconstr Surg* oct 1971 48:4;306-310.
2. Regnault P; Breast reduction and mastopexy, an old love story : B technique up date. *Aesth Plast Surg* 1990 14:101-106.
3. Brown DM; Reduction mammoplasty for macromastia. *Aesth Plast Surg* 1993 17:211-23.
4. Pitanguy I; Surgical treatment of breast hipertrophy. *Brit J Plast Surg* 1960 32:78-81.
5. Georgiade GS; The inferior dermal-pyramidal type breast reduction: long-term evolution. *Ann Plast Surg* 1989 23:3;203-8.
6. Riveiro L; A new technique for reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1975 55:3;330-34.
7. McKissock RK; Reduction mammoplasty with a vertical dermal flap. *Plast Reconstr Surg* 1972 49:3;245-50.
8. Schultz RC; Platform for niple projection : modification of the inferior pedicle technique for breast reduction. *Plast Reconstr Surg* 1981 68:2;208-14.
9. Strömbeck JO; Mammoplasty : report of new technique based on the two pedicle procedure . *Brit J Plast Surg* 1960 13;79-88.
10. Plastic Surgery. McCarthy 1º edition , vol 6 . Saunders Company 1990 . Pp 3839-3879.
11. Robbins T; A reduction mammoplasty with the areola-niple based on an inferior dermal pedicle . *Plast Reconstr Surg* 1977 59;1-3.
12. Courtiss EH; Reduction mammoplasty by the inferior pedicle technique. *Plast Reconstr Surg* , april 1977.

13. Youssif J; Elimination of the vertical scar in reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* march 1977 80:3;459-68.
14. Arufe H; Mammoplasty with a single vertical, superiorly based pedicle to support the nipple-areola. *Plast Reconstr Surg.* aug 1977 Vol 60:2;221-26.