

**BRASSIERE DERMOCRASO PARA CORREGIR Y  
RETRASAR LA PTOSIS DE PROTESIS MAMARIAS.\***

***A DERMAL FAT BRASSIERE TO CORRECT AND DELAY  
BREAST IMPLANTS PTOSIS .***

Dr. Ramón Cuenca-Guerra\*\*

Dra. Maria de Lourdes Ortega Caudillo\*\*\*

\*Presentado en el XI Congreso de I.S.A.P.S., Guadalajara, Jal. México, 1992.

\*\*Profesor Titular de Postgrado en Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva  
(UNAM), CMN 20 de Noviembre, ISSSTE.

\*\*\*Cirujano Residente de III, Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva,  
CMN 20 de Noviembre, ISSSTE.

Abreviaturas: CAP (Complejo Areola Pezón).

Dirección para correspondencia: Ejercito Nacional 627-204, Torre de Consultorios del  
Hospital Español de México, México, DF., 11520, México. Tel. (55)5250-1814.

E-Mail: [cirplast@prodigy.net.mx](mailto:cirplast@prodigy.net.mx) [cuenca Guerra@cirugioplastica.org.mx](mailto:cuenca Guerra@cirugioplastica.org.mx)



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

RESUMEN  
ABSTRACT  
INTRODUCCION  
MATERIAL Y METODOS  
RESULTADOS  
DISCUSION  
REFERENCIAS  
LEYENDAS DE LAS FIGURAS

**RESUMEN.**

Las técnicas para corrección de ptosis mamaria han evolucionado en los últimos años, los primeros procedimientos involucraban el remover piel y tejido graso, posteriormente se utilizó la suspensión mamaria a la pared torácica, recientemente el uso de prótesis durante la mastopexia ha sido utilizado con la finalidad de obtener adecuado contorno y volumen mamario; debido a esto último, y a pesar de las técnicas quirúrgicas propuestas, la gravitación del tejido mamario y protésico se ha hecho más evidente y precoz. Por tal motivo diseñamos un colgajo dermograso con pedículo lateral con el fin de corregir y/o retrasar la ptosis del tejido mamario y las prótesis. Con la demarcación de la técnica de reducción mamaria de Pitanguy, primero se desepitelizan los cuadrantes inferiores de la mama y se traza y talla el colgajo dermograso con pedículo lateral, se lleva el extremo libre del colgajo hacia el borde esternal fijándolo a la aponeurosis muscular entre la tercera y la quinta costilla a nivel de la línea paraesternal, se coloca el implante en la cavidad, mismo que es sostenido por el colgajo, se sutura por planos y se da por finalizada la cirugía.

56 pacientes con ptosis mamaria y protésica fueron intervenidas con la técnica que proponemos de 1992 a 2002, obteniendo resultados satisfactorios en la mayoría de los casos.

Con este procedimiento consideramos proporcionar un soporte adecuado del implante, en comparación con las técnicas convencionales, lo cual retrasa considerablemente la gravitación tanto de la prótesis como la del tejido mamario.

Palabras clave: Ptosis, Mastopexia, prótesis mamarias, colgajo dermograso.

**ABSTRACT.**

The classic descriptions of mastopexy techniques have been evolutioned in the last years. The earliest operations to change breast ptosis and shape were generally wedge excisions of skin and breast tissue. Further more the alternative suspension techniques have included dermal straps to pectoral muscle and glandular subcutaneous sutures or a double dermal repair with polyglactine-poliester mesh. However the late results of mamaplasty are often unsatisfactory (first acceptable sooner or later the breast with or without implant lose their shape again).

This being so, we have designed a mastopexy operation wich has a lateral pedicle dermal fat flap. In agree with the Pitanguy's technique, once marked, the superficial part of the skin is removed by sharp scalpel dissection, then we draw the flap undermining this area, the flap's free end is carry out forward to the sternal wall and fixed to the muscular fascia between the third and fifth rib, at the paraesternal borderline.

The surgeon's artistic sense, the desired nipple height and the amount of skin to be resected are factors in choice.

56 patients with implant-breast ptosis we included in the present study, between 1992 to 2002. The results were satisfactory in all of them.

With the mentioned technique we have devised a process giving lasting support delaying the implant-breast ptosis.

Key words: Ptosis, Mastopexy, Mammary Implants, Dermal Fat Flap

## **INTRODUCCION.**

Las técnicas de corrección de ptosis mamaria, que mejoran la forma de la misma y reposicionan el complejo areola pezón, continúan evolucionando; los primeros procedimientos involucraban el remover piel y tejido graso, posteriormente se utilizó la fijación de una porción de la mama a la pared torácica y mas recientemente el uso de prótesis en el momento de realizar la mastopexia ha sido utilizado con la finalidad de obtener un adecuado volumen y forma, así como la aplicación de mallas aloplásticas y biológicas como hamaca.

González Ulloa en 1960 fue el primero en recomendar una mamoplastia de aumento subglandular durante la realización de una mastopexia a fin de corregir la ptosis e hipotrofia mamaria (1). Goulian en 1971, desarrolló el concepto de mastopexia dérmica, en la cuál el exceso de piel en el polo inferior es desepitelizado, el complejo areola pezón es recolocado superiormente y la dermis es plegada sobre si misma, quedando subdermicamente el área desepitelizada (2). Varios autores mas, han desarrollado procedimientos en los que se aplican tensores de diferentes diseños y materiales, así como colgajos con el objetivo de retrasar esta gravitación (3-15), que es uno de los problemas importantes y aún sin solución aparente, independientemente de la técnica que se utilice, ya que sabemos que el resultado de estos procedimientos no es permanente, y esto es a causa de que el envejecimiento de los tejidos, la flacidez de los mismos y la acción de la gravedad, son factores que no frenamos con la cirugía.

Debido a esto y basándonos en la circulación cutánea descrita en todas las técnicas de plastía mamaria (pedículo único, doble pedículo, etc) (2, 3, 4, 6,8), se diseñó un colgajo dermograso que posterga la ptosis de las prótesis y del tejido mamario.

## **MATERIAL Y METODOS**

Se intervinieron 56 pacientes ( $n=56$ ) con ptosis de la prótesis y tejido mamario, en el periodo de tiempo comprendido de 1992 a 2002, con edades que fluctuaron de 32 a 54 años, 61% de los pacientes ( $n=34$ ) con aplicación de prótesis subglandulares, 30% ( $n=17$ ) con prótesis submusculares, y los restantes 5% ( $n=3$ ) referían mastopexia mas prótesis.

A todas ellas se les practico una técnica quirúrgica que tiene el objetivo de la obtención de una adecuada forma y volumen de la mama, que aunado a la aplicación de un colgajo dermograso con pedículo lateral que ejerció de sostén a la prótesis y tejido mamario, retardo por más tiempo la gravitación natural de estos tejidos.

### ***TECNICA QUIRURGICA***

Partiendo de la técnica de Pitanguy (1) hacemos nuestro marcaje de las mamas, tengan o no implantes, en la forma convencional (Fig.1)

Se desepitelizan los cuadrantes inferiores con la maniobra de Swartzman (4) y se diseña un colgajo dermograso con pedículo lateral (externo), que será tan ancho como los cuadrantes inferiores de la mama y tan largo como la superficie a reseca (Fig.2).

Subsiguientemente se incide a todo lo largo del marcaje traspasando la dermis (desepitelizada) y tejido graso hasta llegar a tejido mamario o en un momento dado a tener un espesor del colgajo de 1 a 2 cm. (Fig.3).

Hecho todo el tallado del colgajo se envuelve en una compresa húmeda y se continúa con el procedimiento quirúrgico, ya sea diseca por debajo de la cápsula de la prótesis para llevarla a su nueva posición o hacer una nueva cavidad para la misma, realizado esto se incorpora la prótesis y se continua llevando el extremo libre del colgajo hacia el borde esternal, previa valoración de la circulación distal (sangrado), para que con este

proceder determinemos cuanto tejido sobra en dicho extremo y pueda ser resecado (Fig. 4)

A continuación se extrae la prótesis y el extremo libre del colgajo es fijado a la aponeurosis muscular entre la tercera y quinta costilla a nivel de la línea paraesternal. (Fig.5).

Se coloca la prótesis en la cavidad y se llevan los puntos B y C a la mitad de la línea submamaria dando un punto de sutura, se desepiteliza la nueva zona del complejo areolo-mamilar y se termina la cirugía con súrgete subdérmico y la extracción del CAP (Fig.6).

Se coloca micropore sobre las heridas y brassiere normal como férula y vendaje.



## RESULTADOS.

El total de los 56 pacientes intervenidos quirúrgicamente obtuvieron una adecuada forma y colocación de la mama y CAP, de acuerdo a su talla y volumen, misma que se mantuvo prácticamente sin cambios a largo plazo, con un retraso en la ptosis como se esperaba, y a un seguimiento hasta de 10 años. No se presentó alguna complicación mayor del tipo serosa, hematoma, infección, dehiscencia, o rechazo. En 3 pacientes (5%) se manifestó epidermolisis superficial de no más de 2 cm. de diámetro, en el área central de sutura de los puntos B y C, las cuales que se resolvieron espontáneamente; en 9 pacientes (16%) las cicatrices del surco submamario se hipertrofiaron, desvaneciéndose con el tiempo.

Caso 1. (Fig.7). Mujer de 34 a. de edad con prótesis subglandulares con 5 a. de postoperatorio, en donde se aprecia la ptosis III de la prótesis con el tejido glandular; a los 6 meses de postoperatorio con el colgajo dermograso, percibiéndose un buen cono mamario con una buena forma y volumen; cinco años después se distingue ligera ptosis de la prótesis, con poco vaciamiento de cuadrantes superiores y el CAP sin modificaciones; a los 44 a. de edad y 10 a. de operada se manifiesta una ptosis moderada del implante, vaciamiento más importante de cuadrantes superiores y sin modificación del CAP.

Caso 2. (Fig.8). Mujer de 19 a. de edad con 2 a. de evolución con prótesis subglandulares; a 3 a. después de que le practicamos pexia convencional con recolocación del implante, advertimos ptosis importante de la prótesis y tejido mamario, vaciamiento de los cuadrantes superiores y descenso del CAP; la reintervenimos y realizamos el colgajo dermograso, utilizando  $\frac{3}{4}$  partes del mismo no importando la

cicatriz vertical previa, y el resultado a 6 a. es bueno, con permanencia del cono mamario, mínima ptosis y CAP sin cambios.

Caso 3. (Fig.9) Mujer de 46 a. de edad con prótesis submusculares con 9 a. de evolución, en la cual notamos la prótesis en su ubicación original, sin embargo el tejido glandular se gravito hasta una ptosis III, dándonos un doble contorno en la región mamaria; le practicamos la técnica propuesta con el colgajo dermograso y a los 2 a. encontramos buena forma y volumen y mínima gravitación de el complejo mamario.

## **DISCUSIÓN.**

Es un hecho indiscutible que en la mayoría de las cirugías estéticas que practicamos los Cirujanos Plásticos los resultados son temporales, y esto es debido a que nuestros procedimientos quirúrgicos pueden restablecer las estructuras en su lugar y en muchas ocasiones restaurarlas, sin embargo la acción de la gravedad, el daño ambiental, el envejecimiento propio de los tejidos, etc., no son frenados por la cirugía, lo que se evidencia en la temporalidad de nuestros resultados.

Por esta razón se han diseñado múltiples técnicas quirúrgicas para tratar de retrasar o alargar la temporalidad de los resultados, específicamente de la mamoplastia de aumento con pexia de los tejidos mamarios. Desde el método publicado por González-Ulloa (1960) en que las cicatrices para armar el cono mamario quedaban en “T” invertida (1-8), los intentos no han resultado lo benéficos que se esperaba, esto motivado a que el apoyo que se da a la prótesis y tejido mamario es originado por cicatrices longitudinales, que hipotéticamente resistirán mas la fuerza que ejerzan tanto la prótesis como la mama, pero que en la practica se distienden y dejan que graviten estos elementos, no así el CAP. Esto dio origen a que varios autores intentaran detener la ptosis empleando diferentes sostenedores desde injertos dermicos (Hinderer 1976) hasta aloplásticos (Goes 1992), no siendo tan eficaces debido a que al estar sujetos a tejidos como la fascia, pericondrio, tejido mamario, etc. son excluidos de sus puntos de fijación con una regresión mediata a la ptosis de los tejidos. (9-15).

En el colgajo dermograso que proponemos las ventajas que encontramos es que al conservar su circulación, no se fibrosa y por tal motivo la dermis mantiene sus propiedades físicas, al mismo tiempo el sitio de anclaje cicatriza y revasculariza, lo que

evita la exclusión de la sutura y dehiscencia del polo distal del colgajo, en comparación con el injerto dermico de Hinderer (9) que mantiene su posición y tensión hasta que revasculariza parcialmente, se fibrosa y pierde tolerancia, lo que provoca laxitud del mismo y recidiva de la ptosis. Otra de las ventajas de este colgajo dermograso es que cubre totalmente las líneas de sutura (“T” invertida), lo cual dificulta que en un momento dado pueda haber exposición de la prótesis mamaria, inclusive en epidermolisis superficial de los puntos de unión de los colgajos de la “T”, como nos sucedió en 3 pacientes que epitelizaron espontáneamente por tener un suficiente colchón dermograso. También se logra, que a pesar del peso y presión de las prótesis y tejido mamario, que la cicatriz tenga menos tensión, lo que evita que se hipertrofie.

Por ultimo, es una técnica fácilmente reproducible por aquellos que tengan experiencia en cirugía mamaria, así como una buena alternativa para retrasar la ptosis tanto de las prótesis como del tejido mamario.

**REFERENCIAS.**

1. Gonzalez-Ulloa M. Correction of hypotrophy of the breast by means of exogenous material. *Plast Reconstr Surg* 1960 ;25:15.
2. Goulian D. Dermal mastopexy. *Plast Reconstr Surg* 1971 ;47:105.
3. Pitanguy I. Surgical correction of breast hypertrophy. *Br J Plast Surg* 1967 ;20:78.
4. Swartzmann E. Die technik der mammoplastik. *Chirurgica* 1930 ;2:932.
5. Da Silva G. Mastopexy with dermal ribbon for supporting the breast and keeping it in shape. *Plast Reconstr Surg* 1964 ;34:403.
6. McKissock PK. Reduction mammoplasty with a vertical dermal flap. *Plast Reconstr Surg* 1972 ;49:245.
7. Bartels RJ. A new mastopexy operation for mild to moderate breast ptosis. *Plast Reconstr Surg* 1976 ;57:687.
8. Regnault P. Breast ptosis: definition and treatment. *Clin Plast Surg* 1976 ;3:193.
9. Hinderer U. The dermal brassiere mammoplasty. *Clin Plast Surg* 1976 ;3:349.
10. Whidden PG. The taylor-tack mastopexy. *Plast Reconstr Surg* 1978 ;62:347.
11. Owsley JQ. Simultaneous mastopexy and augmentation for correction of small ptotic breast. *Ann Plast Surg* 1979 ;2:195.
12. Grubber RP. The donut mastopexy: indications and complications. *Plast Reconstr Surg* 1980 ;65:34.
13. Brink RR. Evaluating breast parenchyma misdistribution with regards to mastopexy and augmentation mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1990 ;86:716.

14. Goes JC. Periareolar mammoplasty: double skin technique with application of poliglactin 910 mesh. Rev Soc Bras Cir Plast 1992 ;7:1.
15. Lockwood T. Reduction mammoplasty and mastopexy with superficial facial system suspensions. Plast Reconstr Surg 1999 ;103:1411.

**LEYENDAS DE LAS FIGURAS.**

Figura 1. Marcaje de los puntos A, sitio ideal de máxima proyección del CAP; puntos B y C, lugar donde las puntas de los dedos 1° y 3° se encuentran en la maniobra del pellizco; D y E puntos donde inicia y termina el pliegue submamario.

Figura 2. Cuadrantes inferiores desepitelizados y colgajo marcado en toda su extensión y sitio de proxima localización.

Figura 3. Colgajo tallado, se aprecia el grosor del mismo.

Figura 4. Se lleva el colgajo al sitio de su inserción, con la prótesis colocada, se mide y recorta el sobrante.

Figura 5. Se retira la prótesis y se fija el extremo libre del colgajo en la aponeurosis muscular.

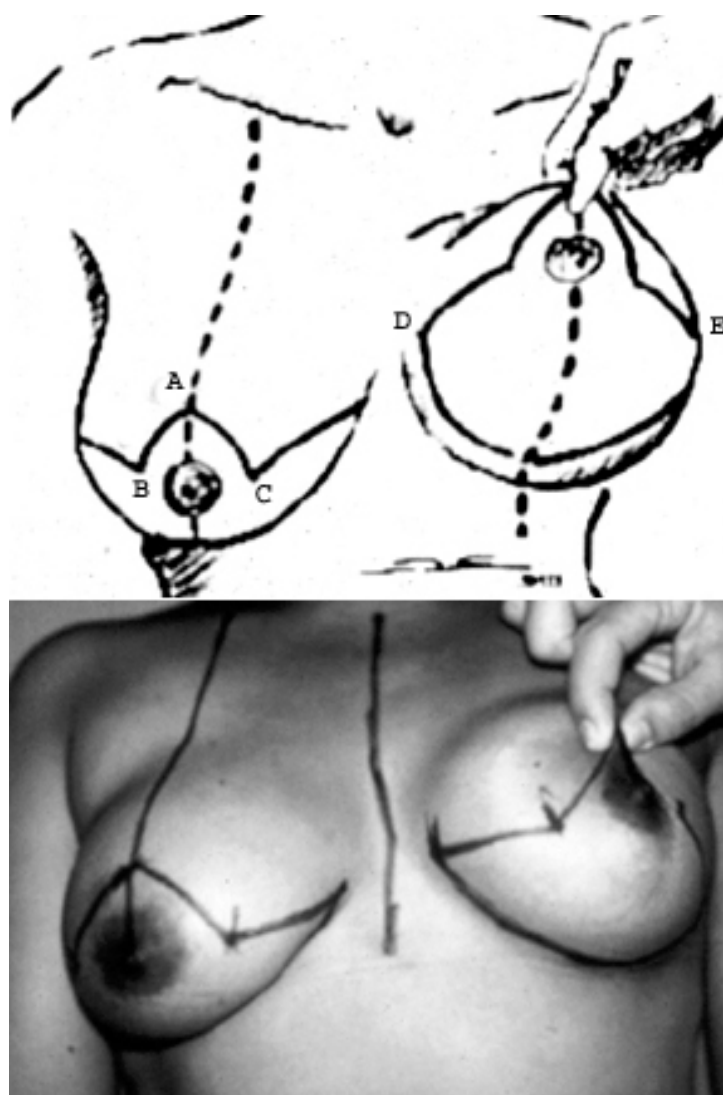
Figura 6. Se aplican puntos de apoyo para valorar la forma, volumen, cono y tensión de la mama, se desepiteliza el área del CAP, y se cierra con súrgete intradérmico.

Figura 7. Mujer de 34 a. de edad, con prótesis subglandulares; a los 6 meses, a los 5 a. y a los 10 a. de postoperatorio con el colgajo

Figura 8. Mujer de 19 a., con prótesis subglandulares; 3 a. de evolución de pexia convencional, y a los 6 a. con el colgajo.

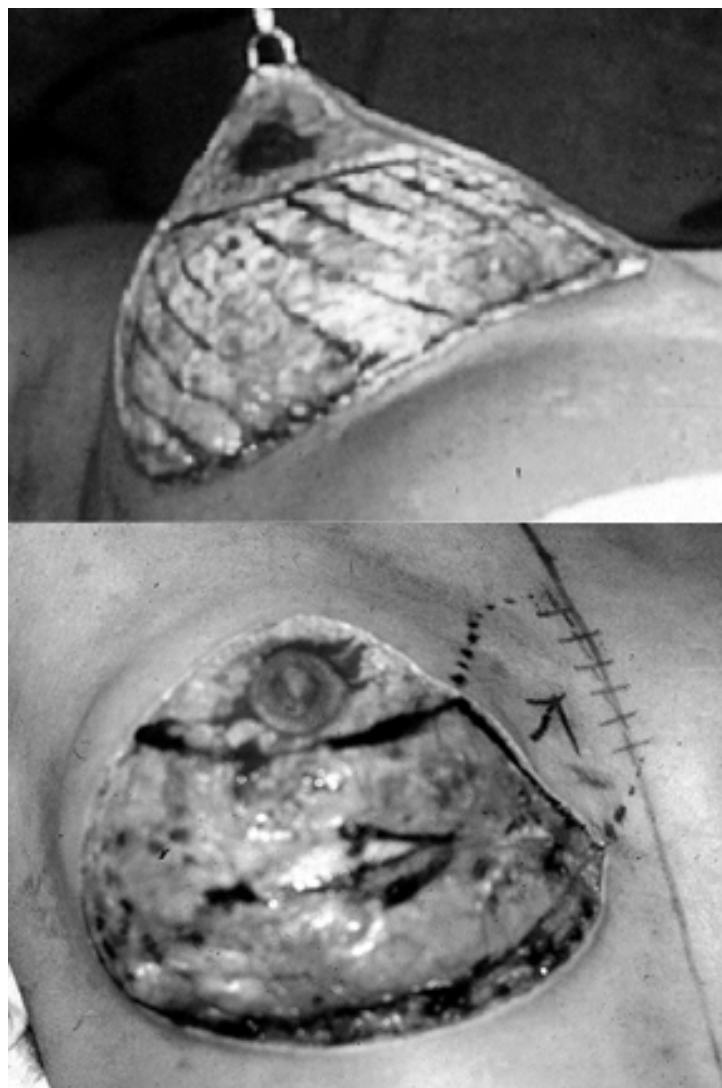
Figura 9. Mujer de 46 a., con prótesis submusculares y ptosis del tejido mamario únicamente, en donde se aprecia el doble contorno de la región mamaria; a los 2 a. de postoperatorio con colgajo dermograso.

**FIGURAS.**



**Figura 1**





**Figura 2**

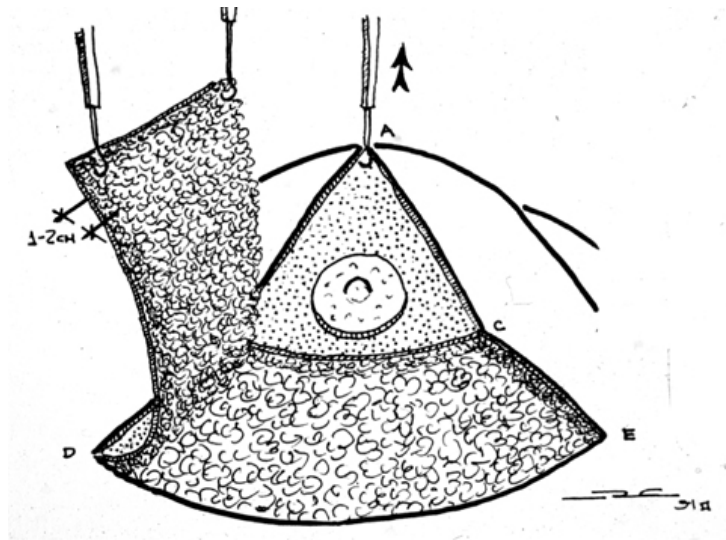


Figura 3

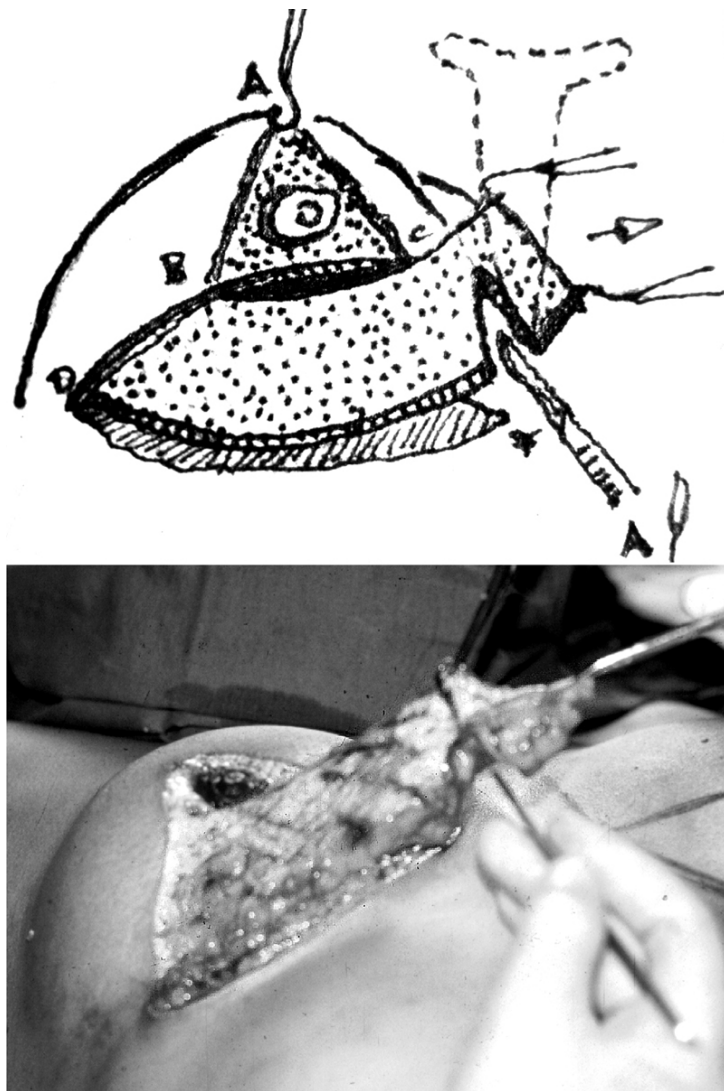
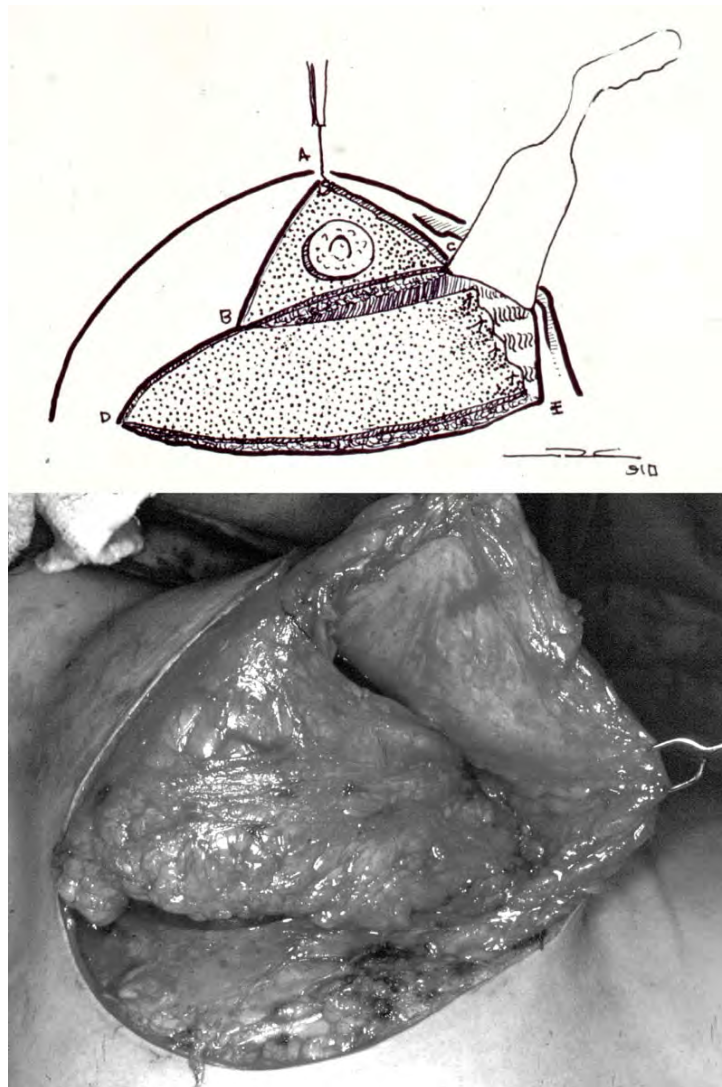


Figura 4



**Figura 5**

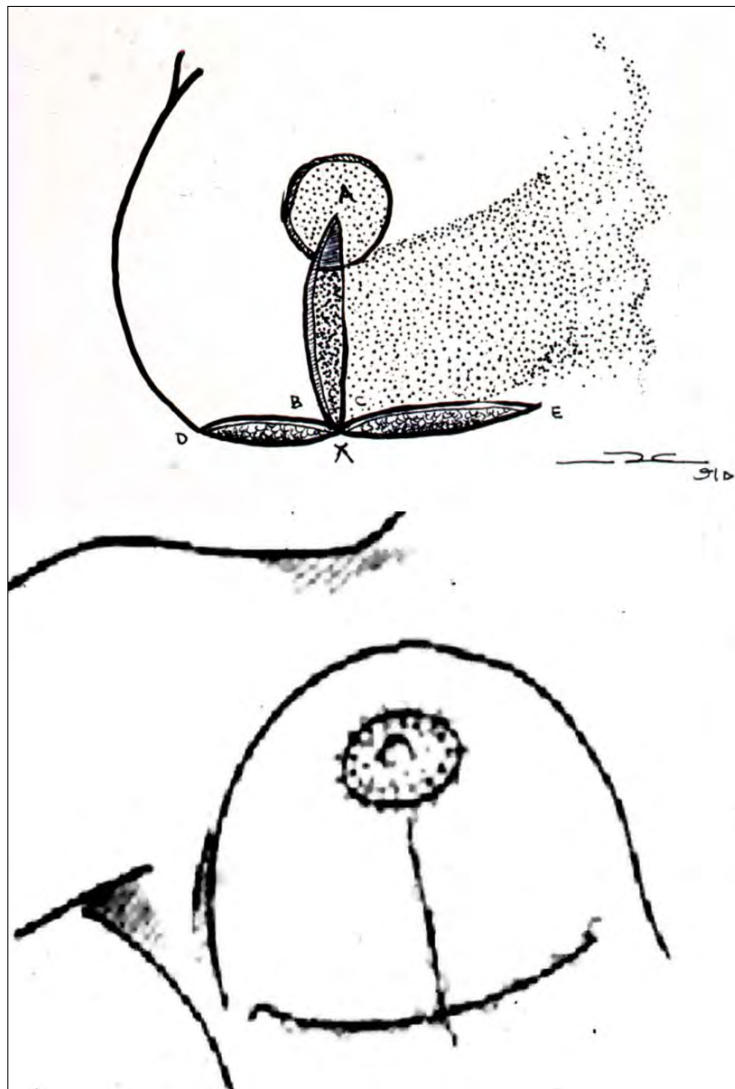
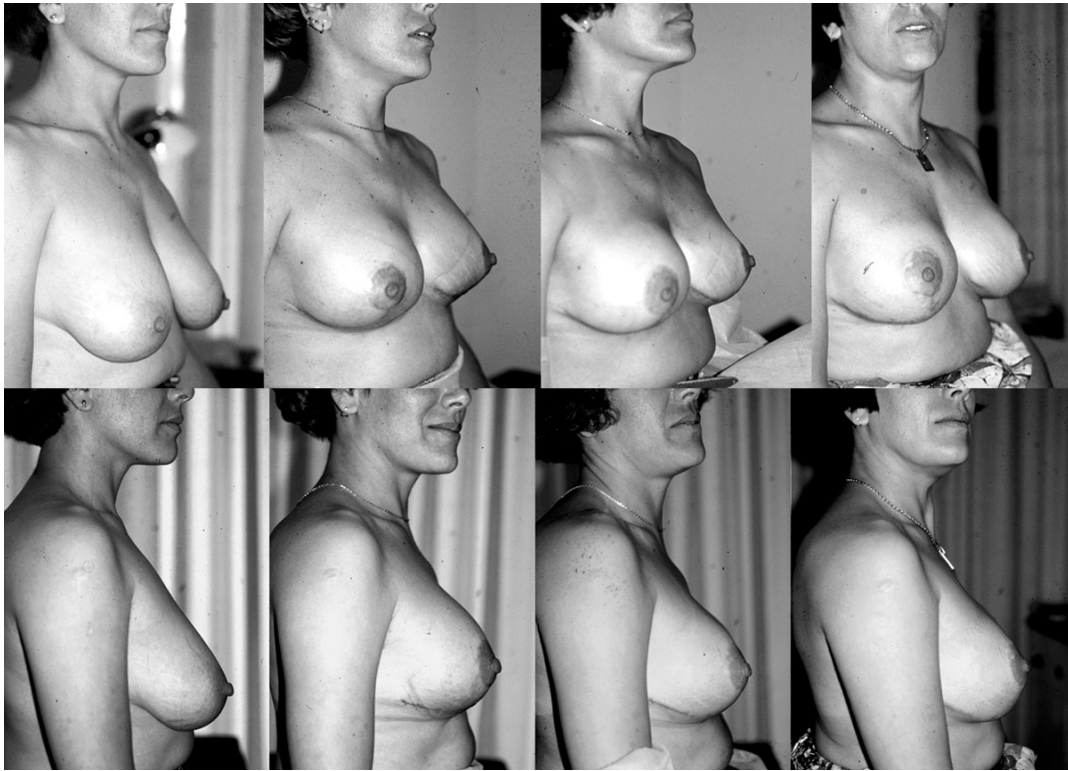
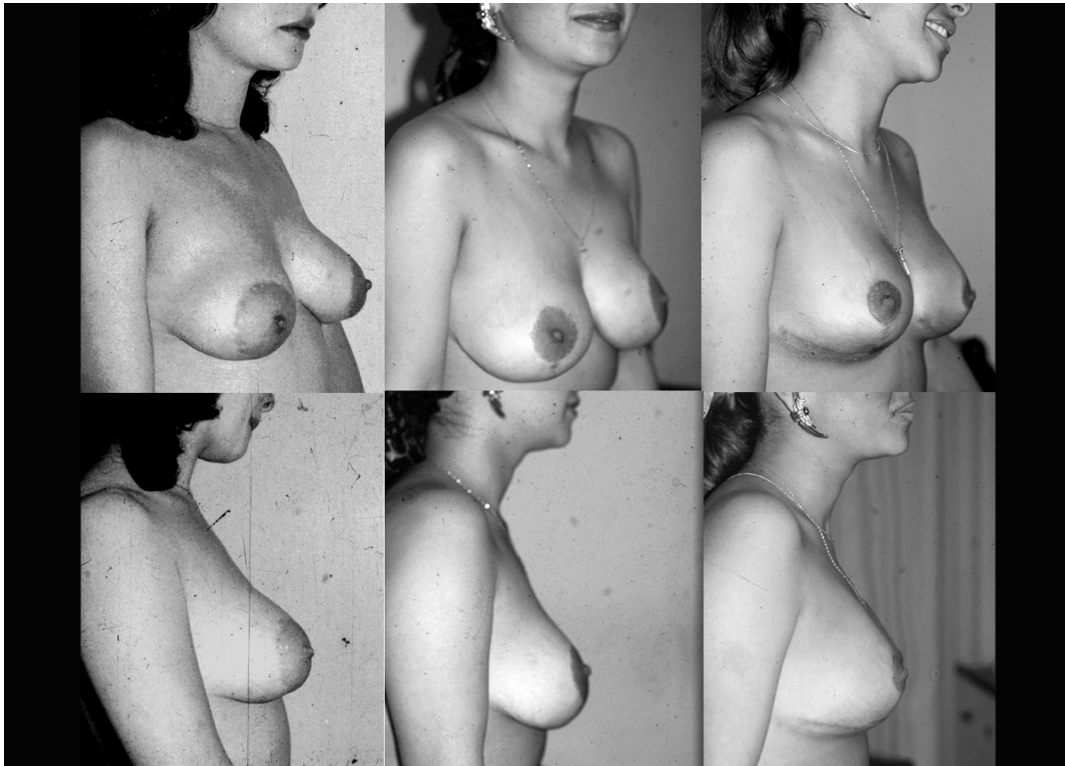


Figura 6



**Figura 7**



**Figura 8**



**Figura 9**