



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**DIVISION DE DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"**

**TRATAMIENTO QUIRURGICO TEMPRANO  
DE LA HIPERTROFIA MAMARIA**

**TESIS DE POSGRADO**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA  
EN CIRUGIA PLASTICA RECONSTRUCTIVA PRESENTA:**

**DRA. MARIA DEL CARMEN MORENO ALVAREZ**

**DR. ARTURO ROBLES PARAMO  
JEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA**

**DR. PEDRO GRAJEDA LOPEZ  
TITULAR DEL CURSO**

No. DE PROTOCOLO 98-690-0171



MÉXICO, D.F.

ABRIL 1999



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**

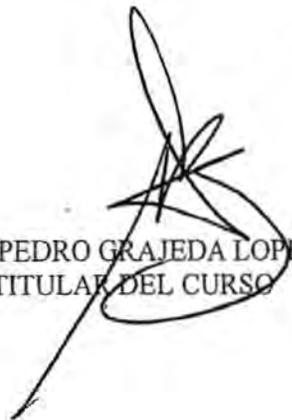
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA  
CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA  
IMSS



DR. ARTURO ROBLES PARAMO  
JEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA



DR. PEDRO GRAJEDA LOPEZ  
TITULAR DEL CURSO

DRA. MARIA DEL CARMEN MORENO ALVAREZ

NO. PROTOCOLO 98-690-0171

## Índice

Carátula

Hoja de Autorización

Índice

Resumen

Abstrac

Antecedentes científicos

Material y Métodos

Resultados

Discusión

Conclusiones

Bibliografía

Anexos

## RESUMEN

### TITULO:

Tratamiento quirúrgico temprano de la hipertrofia mamaria

### OBJETIVO

- 1.- determinar la edad ideal en que la mamoplastia de reducción es un procedimiento curativo.
- 2.- Proporcionar a los médicos de primero y segundo nivel una guía para la referencia oportuna de los pacientes de tercer nivel

### PACIENTES Y METODOS

Se seleccionan 60 pacientes de acuerdo a los criterios de inclusión, todas ellas pertenecientes al servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital de Especialidades del Centro Medico la Raza, a todas se les realizo miamoplastia de reducción con técnica de pedicuro inferior

### RESULTADOS

Se obtuvo una curación de la sintomatología en un 81.6%, mejoría en 18.3%, ameritaron fisioterapia 43.3%, de los cuales solo 18%, persistió con sintomatología

### CONCLUSIONES

El estudio demuestra que la mamoplastia de reducción realizada en una edad temprana de los 35 años da como resultado curación de la sintomatología y regresión de los cambios músculo esquelético

### PALABRAS CLAVES

Mamoplastia de Reducción  
Hipertrofia Mamaria  
Deformidades Músculo Esqueléticas

## ABSTRAC

### TITLE:

Early surgery treatment of the Mammary hypertrophy

### OBJETIVE:

- I. - Determine the ideal age of the Reduction Mammoplasty as a curative treatment.
- II. - Provide to the physicians of first and second level a guide for the opportune reference of the patients to a third level.

### PATIENTS AND METHODS:

They were 60 patients chosen, according to the inclusion criterion, all of them belonging to the Reconstruction and Plastic Surgery Service at the La Raza Medical Center.

The pedicle inferior technique was in all patients, as a treatment for the Mammary Hypertrophy.

### RESULTS:

We got a curation of the symptomatology in a 81.6%, an improvement in 18.3%, physiotherapy was done in 43.3%, 18% of these continued with the symptomatology.

### CONCLUSIONS:

This study show us, that the Reduction Mammoplasty done in early age (Before the age of 35 years) offers a curation of the symptomatology and regression of the muscle skeletal changes.

### KEY WORDS:

Reduction Mammoplasty  
Mammary Hypertrophy  
Muscles Skeletal Deformities

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Las mamas de la mujer son un factor importante dentro de su imagen corporal. La forma y el volumen juegan un papel relevante dentro del aspecto estético de la figura femenina, el cual al verse alterado es condicionante de frustración y depresión <sup>(1-3)</sup>

La macromastia es un termino para definir la hipertrofia o hiperplasia de las mamas, refiriéndose a mamas de un volumen aumentado, el cual se vuelve mas importante cuando la paciente siente que sus mamas son muy grandes para su proporción corporal, ocasionándole alteraciones físicas y emocionales <sup>(4)</sup>. Podemos clasificar en cuatro grados dependiendo de la cantidad de volumen a resecar. Leve (300gr.), moderada (300-700 gramos), severa (700 a 1200 grs.) y gigantomastia (Mas de 1200 grs.).

Dentro de la evolución de las especies el humano ha alcanzado un lugar predominante al obtener una posición erecta para el desarrollo de sus actividades diarias, esta posición determina varias curvaturas en la columna vertebral, balanceada por diferentes fuerzas musculares a las cuales esta sometida. Las curvaturas normales de la columna son:

Lordosis Cervical, Xifosis torácica, Lordosis Lumbral y Xifosis sacra. Estas se relacionan con el punto de gravedad, el cual es una línea imaginaria que va desde el conducto auditivo externo, pasando por el proceso odontoides, ligeramente anterior al centro de la articulación de la cadera y ligeramente anterior al centro de la rodilla y maleolo lateral. Debido al peso de las mamas, en la hipertrofia mamaria, cambia el centro de gravedad incrementándose la lordosis cervical y aumentando la tensión en los músculos extensores del cuello, compresión de los nervios suboccipitales en la base del cráneo, manifestándose como cefalea occipital, el estiramiento de los músculos esternocleidomastoideo, trapecio y elevador de la escapula se representa como cefalea frontal y periorbital. Al cerrarse la curvatura del centro es necesaria mantener un balance lo cual se va a compensar aumentando la xifosis torácica e hiperextendiendo la columna cervical. Estos cambios producen una rotación inferior de la escapula lo que produce compresión del músculo elevador de la escapula en su inserción manifestándose como una miofascioperiostitis

La lordosis lumbar se manifiesta como un mecanismo compensatorio a los cambios en la columna cervical y torácica, el dolor lumbar es producido por la compresión en el ligamento longitudinal anterior de la columna el cual tiene innervación sensitiva.

Secundario a todas las deformidades descritas en la columna se presentan cambios posturales, los cuales se vuelven viciosos y no corrigen con la reducción mamaria ya que requieren reeducación muscular. Y marzo

Si las alteraciones de la columna se producen por un tiempo prolongado hay formación de osteofitos y riesgo potencial de espondilosis.

La compresión del plexo braquial a nivel del hombro se va a manifestar como parestesias en la región hipotenar y los dos dedos mediales, aunado a la atrofia cutánea y grasa por encima de la clavícula que clínicamente se observa como un surco profundo. Todo lo anterior condiciona que las actividades físicas de la paciente con hipertrofia mamaria se encuentren limitadas, y con forme evoluciona el padecimiento de la sintomatología algica, las alteraciones posturales, psicológicas y físicas se van agravando.

## MATERIAL Y METODOS

De acuerdo a los criterios de inclusión, se seleccionaron los expedientes clínicos de las pacientes operadas mediante el procedimiento de mamoplastia de reducción con técnica de pedículo inferior entre marzo 1988 y marzo 1998-

Los datos de cada paciente se anotaron en la hoja de recolección de datos, se les clasificaron en tres grupos de acuerdo a la edad.

Grupo I de 16 a 30 años

Grupo II de 31 a 45 años

Grupo III de 46 a 65 años

Y de acuerdo al volumen resecado en cada grupo

Leve hasta 300 grs. de resección

Moderada de 300 a 700 grs. de resección

Severa de 700 a 1200 grs. de resección

Gigantomastia + de 1200 grs. de resección

La técnica quirúrgico se llevo a cabo de la siguiente manera

Se utilizo la técnica de pedículo inferior, el marcaje de la piel se realizo con la paciente en bipedestación, utilizando el patrón de McKissck, el diámetro del complejo areola – pezón se marco de 4 cms. , el brazo vertical del mismo de 4-6 cms. de acuerdo al grado de hipertrofia y al ángulo de apertura fue de 90 a 120° El pedículo mamario se marco con una base de 6-8 cms., y el vértice de la pirámide de 5-6 cms., lo que garantizaba la irrigación e innervación del colgajo

Ya diseñado esto se procede a infiltrar 15 minutos. Antes de realizar la incisión ambas mamas con lidocaina + epinefrina (dil. 1:400 000) para disminuir el sangrado transoperatorio.

Se inicia el bordaje desepitelizando el pedicelo, se realizan corte del mismo en forma piramidal retirándose del exceso de piel y grasa para finalizar con un cierre con suturas no absorbibles y de absorción lenta, previa colocación de un drenaje, el cual se retirará 24-48 hrs. Después, tiempo en el cual se egresa el paciente con un sostén para mamoplastia de reducción

Los parámetros a evaluar en los resultados, reducción de la sintomatología (cefalea, dolor cervical dolor dorsolumbar, dolor en hombros y parestesias de IV y V dedos de la mano)

A todos las pacientes se les realizo radiografias de columna en Ap y lateral cervical y dorsolumbar.

Se evaluaron 4 parámetros de la sintomatología

1. Dolor cervical
2. Cefalea
3. lumbalgia
4. parestesias de 4° y 5° dedos de las manos

Se evaluaron 4 parámetros de deformidades músculo esqueléticas

1. Arqueamiento de los hombros
2. Lordosis Cervical
3. Xifosis Torácica
4. Lordosis Lumbar

Clasificándolas como leve, moderada y severa

Se incluyeron en el estudio 60 pacientes operadas de mamoplastia de reducción con técnica de pedículo inferior con edades entre 16 y 67 años

20 pacientes fueron de 16 a 30 años

25 pacientes fueron de 31 a 45 años

15 pacientes fueron de 46 a 65 años las pacientes se agruparon de la siguiente forma

Hipertrofia	Grupo I	Grupo II	Grupo III
Leve	2	4	0
Moderada	6	6	4
Severa	8	9	7
Gigantomastia	4	6	4

Se encontró en el grupo I curación de sintomatología en el postoperatorio en forma total, así como regresión total de los cambios músculo esqueléticos.

En el grupo II los pacientes con hipertrofia leve y moderada obtuvieron curación postoperatoria y los pacientes con hipertrofia severa y Gigantomastia requirieron fisioterapia por 6 meses obteniendo curación posterior. Así como corrección parcial de los cambios músculo esquelético

En el grupo III los pacientes que presentaron hipertrofia leve y moderada obtuvieron mejoría de la sintomatología postoperatoria posterior a fisioterapia y en las pacientes con hipertrofia severa y gigantomastia no remitió la sintomatología aun después de fisioterapia

Continuando con la ingesta de analgésicos en forma esporádica no hubo regresión alguna de los cambios músculo esquelético

Es importante mencionar que todas las pacientes estuvieron satisfechas con los resultados estéticos obtenidos

## DISCUSIÓN

La sintomatología que acompaña a la hipertrofia mamaria, se caracteriza por dolor cervical, cefalea, dolor dorso lumbar, arqueamiento anterior de los hombros, parestias del 4º y 5º dedos de las extremidades superiores, todo esto condicionado por la tensión ejercida sobre los músculos cervicales, dada por el exceso de peso de las mamas lo que hace cambiar el centro de gravedad con compresión directa sobre el plexo braquial (1,5,6,7,8)

Kaye refirió que los cambios neurológicos presentes en las pacientes con hipertrofia mamaria se relacionan con el peso de la mamá (9)

El tiempo de evolución condiciona cambios a nivel de la columna vertebral los cuales nos son reversibles en su totalidad y ameritan rehabilitación para reducir la sintomatología posterior al tratamiento quirúrgico

## CONCLUSIONES

La mamoplastia de reducción es curativa cuando la hipertrofia mamaria es de corta evolución independientemente del grado de severidad.

Sin embargo cuando la evolución se prolonga se obtiene curación en hipertrofias leves y moderadas posterior al tratamiento quirúrgico y las pacientes con hipertrofias severas y gigantomastias es necesaria fisioterapia para corregir la postura y eliminar la sintomatología dolorosa.

Cuando la evolución es muy prolongada en el grupo (III) el tratamiento quirúrgico mejora las pacientes con hipertrofias leves y moderadas ameritando fisioterapia, pero las pacientes con hipertrofias severas y gigantomastias el tratamiento quirúrgico es meramente estético ya que el paciente aun con fisioterapia persistirá con sintomatología dolorosa la cual amerita analgésicos ocasionalmente (similar al preoperatorio) y los cambios músculo esqueléticos son irreversibles.

Anexos

CUADROS

PREOPERATORIOS

CUADRO 1

GRADO HIPERTROFIA	CEFALEA	DOLOR CERVICAL	LUMBALGIA	PARESTESIAS 4° Y 5° DEDOS
LEVE	NO	LEVE	LEVE	NO
MODERADA	LEVE	LEVE	LEVE	NO
SEVERA	LEVE	MODERADO	MODERADA	LEVE
GIGANTOMASTIA	MODERADA	SEVERA	SEVERA	MODERADA

GRUPO II

HIPERTROFIA	CEFALEA	DOLOR CERVICAL	LUMBALGIA	PARESTESIAS DEL 4° Y 5° DEDOS
LEVE	LEVE	LEVE	LEVE	NO
MODERADA	LEVE	MODERADA	MODERADA	NO
SEVERA	MODERADA	SEVERA	SEVERA	MODERADA
GIGANTOMASTIA	MODERADA	SEVERA	SEVERA	MODERADA

## GRUPO Iii

HIPERTROFIA	CEFALEA	DOLOR CERVICAL	LUMBALGIA	PARESTESIAS DEL 4° Y 5° DEDOS
LEVE	LEVE	LEVE	LEVE	NO
MODERADA	LEVE	MODERADA	MODERADA	NO
SEVERA	SEVERA	SEVERA	SEVERA	MODERADA
GIGANTOMASTIA	SEVERA	SEVERA	SEVERA	SEVERA

POSTOPERATORIOS INMEDIATOS

GRUPO I

HIPERTROFIA	CEFALEA	DOLOR CERVICAL	LUMBALGIA	PARESTESIAS DEL 4° Y 5° DEDOS
LEVE	NO	NO	NO	NO
MODERADA	NO	NO	NO	NO
SEVERA	NO	NO	NO	NO
GIGANTOMASTIA	NO	NO	NO	NO

GRUPO II

HIPERTROFIA	CEFALEA	DOLOR CERVICAL	LUMBALGIA	PARESTESIAS DEL 4° Y 5° DEDOS
LEVE	NO	NO	NO	NO
MODERADA	NO	NO	NO	NO
SEVERA	NO	LEVE	LEVE	NO
GIGANTOMASTIA	MODERADO	MODERADO	MODERADA	NO

GRUPO III

HIPERTROFIA	CEFALEA	DOLOR CERVICAL	LUMBALGIA	PARESTESIAS DEL 4° Y 5° DEDOS
LEVE	NO	NO	NO	NO
MODERADA	NO	NO	NO	NO
SEVERA	LEVE	LEVE	MODERADA	NO
GIGANTOMASTIA	MODERADA	MODERADA	MODERADA	NO

## BIBLIOGRAFIA

1. Giorgiade, N.; Giorgiade G, Riefkhol, R. Aesthetic surgery of the breast. Philadelphia, PA WB Saunders Co. 1990:161-9.
2. Bradbury, E. The Psychology of aesthetic plastic surgery. *Aesth. Plast. Surg.* 1994; 18:301-5
3. Losken, H. Psychological aspects of breast surgery *Aesth Plast. Surg.* 1990; 14:107-9
4. Dabbah, A.; Lehman J. Reduction Mammoplasty an outcome analysis. *Ann of Plast. Surg* 1995; 35 (4) 337-41
5. Kendall, H. ; Kendall, F.; Boynton, D. Posture and pain. Baltimore Williams and Wilkins. 1952:230-42
6. Letterman, G. ; Shurter, M. The effects of mammary hypertrophy on the skeletal system *Ann of Plast Surg* 1980. 5 (6) 425 -31
7. Calliet, R.; Neck and arm pain .Philadelphia : Davis 1964.175-98
8. Fedricks, S. Skeletal and postural relations in augmentation mammoplasty. *Ann of Plast surg.* 1978. 1:44
9. Kaye, B. Neurologic changes with excessively large breast *South Med J.* 1972, 64: 177
10. Bostwick, J. Plastic and Reconstructive Breast Surgery St. Louis, Missouri Quality Medical Publishing, Inc 1990(1):294-5
11. Rees T.; La trenta ,G. Aesthetic plastic Surgery. Philadelphia, PA WB Saunders Co. 1994. 932-33
12. Brown, D.; Leroy Reduction Mammoplasty for macromastia. *Aesth plast Surg* 1993; 17: 211-23
13. Evans, G.; Ryan, J. Reduction mammoplasty for the Teenage patient a critical analysis *Aesth Plast Surg* 1994; 18: 291-7
14. Cailliet, R Soft tissue pain and disability. Philadelphia, Davis, 1977
15. McCarthy, J Plastic and Reconstructive surgery. Saunders Co. 1990 (6). 3839-78