



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”

*“HUELLA MAMARIA: PATRON DE PRESENTACION EN PACIENTES
FEMENINAS DEL SERVICIO DE CIRUGIA PLÁSTICA Y
RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO”*

TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA
ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA

P R E S E N T A

DR. LUIS ALBERTO TINOCO CAZORLA

DRA. SILVIA ESPINOSA MACEDA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSGRADO
CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
ASESOR DE TESIS

México, D.F. Julio 2015



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.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”**

*“HUELLA MAMARIA: PATRON DE PRESENTACION EN PACIENTES
FEMENINAS DEL SERVICIO DE CIRUGIA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA
DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO”*

TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA
ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA

P R E S E N T A

DR. LUIS ALBERTO TINOCO CAZORLA

DRA. SILVIA ESPINOSA MACEDA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSGRADO
CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA
ASESOR DE TESIS

México, D.F. Julio 2015

AGRADECIMIENTOS

A mi Familia por su eterno apoyo y amor.

Al servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General de México.

INDICE

I.	PORTADA	1
II.	PRESENTACIÓN	2
III.	AGRADECIMIENTOS	3
IV.	INDICE	4
V.	ANTECEDENTES	5
VI.	MARCO TEÓRICO	6
VII.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
VIII.	JUSTIFICACIÓN	9
IX.	HIPÓTESIS	9
X.	OBJETIVOS	10
XI.	METODOLOGÍA	10
XII.	RESULTADOS	14
XIII.	DISCUSIÓN	16
XIV.	CONSLUSIONES	18
XV.	ANEXOS	19
XVI.	BIBLIOGRAFÍA	20

ANTECEDENTES

Existe en la literatura descripciones anatómicas y técnicas sobre cirugía mamaria estética y reconstrucción mamaria con tejido autólogo o implantes mamarios, pero no existe ninguna información escrita sobre los aspectos artísticos de modelamiento mamario en los procedimientos estéticos y reconstructivos. Cada cirujano tiene sus propios secretos o trucos para obtener mejores resultados, que han sido traducidos con el tiempo en experiencia (1).

Es difícil definir y transmitir el conocimiento artístico, por eso es importante crear una perspectiva analítica y metódica que facilite el proceso de resolver problemas de deformidad mamaria mediante herramientas que den un enfoque sistémico y natural tanto en la cirugía estética como reconstructiva (2).

Una mama estéticamente agradable es variable en forma y volumen, dependiendo de su anatomía y proporciones. Existen cuatro parámetros importantes que definen la belleza de una mama, son: la localización de la mama en la pared costal, las proporciones de la mama en relación al torso, una forma agradable, y la simetría mamaria en forma y volumen (1). Una mama que aparezca muy alta o muy baja se notará imperfecta.

La mayoría de las descripciones anatómicas coinciden con que una mama atractiva es proporcional en altura y ancho al torso, y el borde lateral de la mama debería sobrepasar el contorno lateral de la silueta anteroposterior del torso, una transición progresiva del polo superior y medio, mientras que la transición del borde inframamario es muy bien definida.

Para alcanzar un objetivo quirúrgico adecuado y reproducible se han desarrollado importantes principios anatómicos que comprenden descripciones de la huella mamaria o localización de la interface posterior de la mama con la pared torácica, el cono mamario que hace referencia a la forma y volumen de la glándula mamaria, y la cobertura que hace referencia a la piel y el tejido celular subcutáneo (1).

MARCO TEÓRICO

Para abordar con éxito la amplia gama de procedimientos estéticos y reconstructivos se requiere un conocimiento minucioso de la anatomía mamaria. Todos los procedimientos mamarios que incluyen mamoplastia de aumento, reconstrucción mamaria pos mastectomía, mastopexia, reducción mamaria requiere una comprensión global de la anatomía normal e ideal, así como las variantes patológicas y diferentes presentaciones (3).

La apariencia normal de la mama es un aspecto vital de la forma femenina. El conocimiento anatómico de la mama facilita además la seguridad y el manejo quirúrgico eficaz (4).

La apariencia de la mama ideal es algo subjetivo. Cada paciente tiene su propia opinión de su estética mamaria, la cual debe ser tomada muy en cuenta al momento de decidir un procedimiento quirúrgico. Cualquier mejoría estética o reconstructiva de la mama debe mejorar no solo la apariencia, sino además como se siente al tacto (4).

Las características de la huella mamaria de tamaño, simetría, proporción, localización de la mama y sus puntos de referencia en la pared torácica juegan un papel muy importante y primordial en la apariencia de la mama (2).

El establecimiento apropiado de la huella mamaria es el primer paso en la reconstrucción mamaria (5).

Los estándares estadísticos de las dimensiones de la mama han sido analizados y reportados por varios autores (6)(3)(7). La distancia de la escotadura esternal al pezón, la distancia de la línea medio claviclar al pezón, la distancia del pezón al surco inframamario, la distancia del pezón a la línea media son medidas que ofrecen una guía para la cirugía mamaria, las cuales deben ser individualizadas basadas en las proporciones y variantes de la pared torácica de cada paciente(8).

La huella mamaria esta situada sobre el músculo pectoral mayor, entre la segunda y sexta costillas en pacientes sin ptosis mamaria. Los puntos de referencia importantes incluyen el polo superior, localización del complejo areola pezón, el surco inframamario y el pliegue mamario lateral(6).

El polo superior de la mama se extiende justo por debajo de la clavícula hasta el nivel del pezón. El contorno no debe ser ni cóncavo ni convexo. En la mama ideal, el complejo areola pezón debe ser cefálico en relación al pliegue inframamario(9).

La huella mamaria se refiere al contorno o estampa que realiza la mama en la pared torácica. La huella mamaria forma la base o fundamento de la estructura tridimensional suprayacente de la mama. La huella mamaria se observa de una mejor manera durante cirugía al termino de una mastectomía (5).

La huella mamaria varia en ancho y alto individualmente en cada paciente. Además la posición de la huella mamaria en la pared torácica varia ligeramente de una mujer a otra, pero en su mayoría los bodes de la huella mamaria están en relación a estructuras anatómicas bien establecidas en la pared torácica (5).

Las descripciones anatómicas mamarias están bien establecidas, la huella mamaria toma una curva gentil empezando desde el tendón del musculo pectoral mayor 3 a 6 cm debajo del punto mas superior del pliegue axilar anterior, extendiéndose hacia abajo por la pared torácica lateral aproximadamente 1 a 2 cm detrás de la línea axilar anterior. La huella mamaria jamás debe llegar a la línea axilar media, en pacientes obesas se puede observar extensión posterior de grasa accesoria (figura 1). Desde su punto mas lateral, existe una transición progresiva de la curvatura en el borde lateral de la huella mamaria hacia en pliegue inframamario (1).

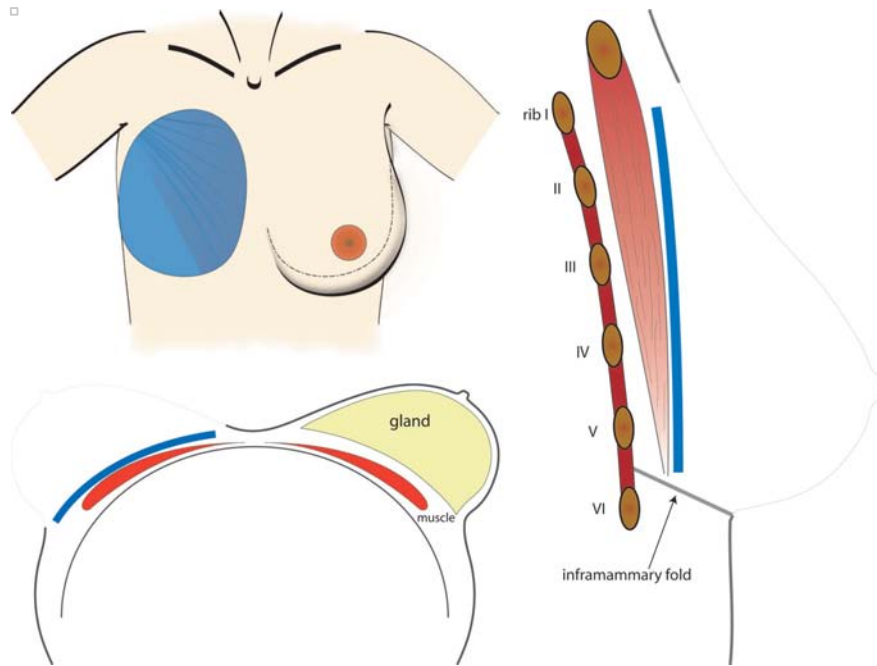


Figura 1. Posición promedio y dimensiones de la huella mamaria en la pared torácica, vista en posición frontal y sagital, y en posición supina axial (1).

A lo largo del pliegue inframamario, la huella mamaria es más caudal sobre la línea medioclavicular que corresponde generalmente a la sexta a séptima costilla. Medialmente, el pliegue inframamario de la huella mamaria se extiende hasta 1 a 2 cm de la línea medio esternal en la mayoría de las pacientes. El borde medial de la huella mamaria continúa cranealmente, haciendo una curva lateral hasta un punto a 7 cm aproximadamente debajo de la escotadura esternal. En la porción superior, la huella mamaria tiene un contorno curvilíneo que es más craneal en la línea medioclavicular. Esta curvatura se hace más sutil en la porción lateral de la pared torácica a dos traveses de dedo aproximadamente por debajo de la clavícula justo antes de terminar en su borde lateral en el pliegue axilar (figura 1) (1).

Las dimensiones y posición de la huella mamaria son diferentes para cada mujer, pero es importante entender que la huella mamaria jamás se modificara en la misma paciente, ni en posición ni en dimensiones después de la pubertad. Cuando la mama crece por influencias hormonales o ganancia de peso, la mama jamás crecerá sobre la línea axilar media, el pliegue inframamario, la línea esternal media o sobre la clavícula (5).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la posición de la huella mamaria en las pacientes femeninas atendidas en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General de México?

JUSTIFICACIÓN

En el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General de México los procedimientos de mamoplastia de aumento, mastopexia, mamoplastia de reducción y reconstrucción mamaria son llevados a cabo realizando marcaje preoperatorio de donde se situará la nueva posición de la mama en relación a la huella mamaria. La literatura describe claramente la importancia de la huella mamaria como punto primordial a considerar en el resultado posoperatorio de los diferentes procedimientos de cirugía mamaria, y de acuerdo a los reportes escritos la huella mamaria tiene un patrón de impresión en el tórax para obtener resultados óptimos, que no se modifica con la cirugía mamaria y que puede modificarse con la colocación de un implante mamario. Se justifica analizar cuál es el patrón común de presentación de la huella mamaria en la población local ya que en ésta debe ser considerado para orientar la toma de decisiones en los diferentes procedimientos de cirugía mamaria.

HIPÓTESIS

No existe un patrón común de posición de la huella mamaria en pacientes femeninas del servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General de México.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Analizar la posición de la huella mamaria en el tórax en pacientes femeninas del servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General de México.

-

Objetivos Específicos

- Analizar la situación de la huella mamaria en la población femenina mexicana que acuda al servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General de México.
- Analizar la posición de la huella mamaria en relación a la edad, peso, talla e índice de masa corporal de las pacientes.
- Analizar la posición de la huella mamaria como base para el diseño en cirugía mamaria.

METODOLOGÍA

Tipo y Diseño de Estudio

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo.

Población y Tamaño de la Muestra

Pacientes femeninas atendidas en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General de México durante el periodo del 1 de enero del 2015 al 30 de junio del 2015.

Criterios Inclusión

Pacientes femeninas atendidas en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General de México.

Criterios Exclusión

Pacientes femeninas con antecedentes de mastectomía.

Criterios Eliminación

Pacientes femeninas que no acudan a evaluación y toma de medidas en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General de México.

Definición de las Variables

- ***Distancia del pliegue Axilar a la mama:*** medida basada en puntos anatómicos específicos. Se mide en centímetros. (cuantitativa continua)
- ***Edad:*** tiempo de vida de un individuo desde su nacimiento hasta el momento de su evaluación. Se mide en días, meses o años. (cuantitativa discreta)
- ***Peso:*** fuerza con la cual la tierra atrae a un cuerpo. Medida en kilogramos (cuantitativa continua)
- ***Talla:*** estatura o altura de una persona. Medida en metros (cuantitativa continua)
- ***Índice masa corporal:*** medida de asociación entre masa y talla de un individuo (cualitativa ordinal)

Procedimiento

Se captarán a las pacientes femeninas atendidas en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General de México en el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2015 al 30 de junio del 2015, se efectuarán mediciones desde el pliegue axilar hasta el inicio de la mama, así como las medidas de antropometría las cuales se registrarán para el posterior análisis estadístico. Todas las mediciones serán realizada por el investigador.

Cronograma Actividades

ACTIVIDAD	PERIODO 2015						
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Elaboración Protocolo	X	X					
Recolección Datos		X	X	X	X	X	
Elaboración Base de datos			X	X	X	X	X
Análisis Resultados				X	X	X	X
Elaboración Documento Final						X	X
Presentación Estudio							X

Análisis Estadístico

Los datos e información recopilada fue incluida y procesada en una base de datos de Microsoft Excel 2011 versión 14.4.3, vertida en cuadros de salida y gráficos con el programa indicados para una mejor exposición e interpretación de los resultados.

Aspectos Éticos y Bioseguridad

Conforme a los criterios de la Ley General de Salud en su artículo 17, fracción 1, la presente investigación no presenta riesgos para los sujetos de estudio, ya que la investigación es de tipo observacional, y no experimental por lo que no requiere de consentimiento informado por escrito de los pacientes.

Relevancia y Expectativas

Con los resultados de esta investigación se espera concluir que existen patrones comunes en la posición e impresión de la huella mamaria femenina, que deban ser considerados en el marcaje preoperatorio para realizar ajustes que permitan obtener resultados finales adecuados y satisfactorios para las

pacientes. Por lo cual la relevancia del estudio consistirá en establecer una nueva herramienta de manejo preoperatoria en pacientes candidatos a cirugía mamaria. Además de la publicación de resultados en revistas científicas de relevancia, presentación de resultados en congresos, utilizar como estudio de tesis de grado e iniciar una línea de investigación para generar nuevo conocimiento.

RESULTADOS

Se capturaron pacientes femeninas atendidas en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General de México en el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2015 al 30 de junio del 2015, se efectuaron mediciones desde el pliegue axilar hasta el inicio de la mama, así como medidas de antropometría las cuales se registraron para análisis estadístico. Todas las mediciones fueron realizadas por el investigador.

Se capturaron un total de 52 pacientes femeninas en el período de 6 meses. Según la distribución de edades 25 pacientes (48%) comprenden entre 20 y 39 años de edad, 18 pacientes (35%) entre 40 y 59 años de edad, y 9 pacientes (17%) fueron mayores de 59 años de edad. ^{gráfico 1}

Se tomaron medidas a 52 pacientes de la distancia en centímetros del pliegue axilar a la mama, de las cuales 9 pacientes (17%) tuvieron una distancia entre 3 y 6 cm, 42 pacientes (81%) una distancia de 7 a 10 cm, y 1 paciente (2%) una distancia mayor a 10 cm. ^{gráfico 2}

Según la distribución de la distancia en centímetros del Pliegue Axilar a la Mama del número de pacientes de acuerdo a la edad en años se obtuvieron los siguientes resultados. De las pacientes con distancia del pliegue axilar a la mama de 3 a 6 cm, 5 pacientes tuvieron entre 20 y 39 años, 2 de las pacientes tuvieron entre 40 y 59 años, y 2 pacientes fueron mayores de 59 años. De las pacientes con distancia del pliegue axilar a la mama de 7 a 10 cm, 20 pacientes tuvieron entre 20 y 39 años, 16 pacientes tuvieron entre 40 y 59 años, y 6 pacientes fueron mayores de 59 años. De las pacientes con distancia del pliegue axilar a la mama mayor a 10 m hubo 1 paciente con edad mayor a 59 años. ^{gráfico 3}

Según la distribución de la distancia en centímetros del Pliegue Axilar a la Mama del número de pacientes de acuerdo al Índice de Masa Corporal en kilogramos sobre metros al cuadrado se obtuvieron los siguientes resultados. De las pacientes con distancia del pliegue axilar a la mama de 3 a 6 cm, 2

pacientes tuvieron entre 18.5 y 24.9 Kg/m², 7 de las pacientes tuvieron entre 25 y 29.9 Kg/m², y ninguna paciente tuvo un índice de masa corporal mayor a 30 Kg/m². De las pacientes con distancia del pliegue axilar a la mama de 7 a 10 cm, 7 pacientes tuvieron entre 18.5 y 24.9 Kg/m², 32 de las pacientes tuvieron entre 25 y 29.9 Kg/m², 3 pacientes tuvieron un índice de masa corporal mayor a 30 Kg/m². De las pacientes con distancia del pliegue axilar a la mama mayor a 10 cm, 1 sola paciente tuvo un índice de masa corporal entre 25 y 29.9 Kg/m².

gráfico 4

DISCUSIÓN

Es importante recalcar que durante el análisis de los datos de este estudio la mayor parte de las pacientes (89%) tienen una distancia del pliegue axilar a la mama de 7 a 10 cm, que es de suma importancia para considerar en cualquier procedimiento quirúrgico estético y reconstructivo. La mayor parte de las pacientes que se presentan a consulta para tratamiento quirúrgico reconstructivo o estético se encuentran con una huella mamaria baja en general además de ser pacientes entre la tercera y cuarta década de la vida, con un índice de masa corporal que corresponde a sobrepeso, datos que deben ser considerados en la valoración preoperatoria del paciente.

La importancia de una exploración física preoperatoria detallada y sistemática no debe ser pasada por alto. Las características anatómicas de la huella mamaria debe ser analizada para las dos mamas, siendo necesario examinar el estatus de la pared torácica y posibles asimetrías o deformidades. (10) Todos estos parámetros interactúan entre sí y deben discutirse para cada estrategia quirúrgica específica.

En relación al tamaño y localización de la huella mamaria, varias medidas son necesarias en el proceso del análisis del problema y planificación quirúrgica. Idealmente se debe dibujar el perímetro de la huella mamaria de la paciente con un marcador, y con otro color pintar los bordes de la huella mamaria corregida como debería ser. Se debe marcar en cada mama de las pacientes en surco inframamario, el límite medial y lateral, así como el borde superior de la mama, todos estos límites, conectados entre ellos, deben crear una forma oval/redonda de una huella mamaria normal. Si este no es el caso, será fácil entender e identificar la causa de una huella mamaria aberrante, y así decidir donde y cuanta corrección quirúrgica es necesaria. (1)

La huella mamaria ocasionalmente es afectada en cirugía estética, la forma y tamaño de la huella mamaria puede en ocasiones cambiar con variaciones de volumen. (5) La huella mamaria es muy fácil de identificar en pacientes candidatas a mamoplastia de aumento, mastopexia y reducción mamaria, no

así en pacientes con malformaciones congénitas, cambios del desarrollo mamario y deformaciones por tratamiento ablativo oncológico las cuales pueden causar distorsiones significativas de la huella mamaria. Si la mama contralateral no es afectada, se puede trazar una imagen en espejo de la mama no afectada en la pared torácica contralateral. (11) Sin embargo, en afecciones bilaterales, es necesario reconstruir una huella mamaria basándose en el conocimiento que tenemos y tomando en cuenta las medidas de la huella mamaria específica para cada paciente.

Es esencial que el cirujano establezca en primera instancia la huella mamaria y la forma de la mama de cada paciente. Con un conocimiento y entendimiento de que parámetros pueden ser cambiados y que medidas de la mama podrán ser corregidas con cirugía, así el médico podrá explicar el plan específico para cada paciente y se puedan tener expectativas razonables y reales. (5)

CONCLUSIONES

La mayoría de las pacientes revisadas en éste estudio presentaron características de una huella mamaria baja, por lo que se puede concluir que en esta población de estudio existe un patrón común de posición de la huella mamaria en las pacientes femeninas del servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General de México atendidas en el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2015 al 30 de junio del 2015.

ANEXOS

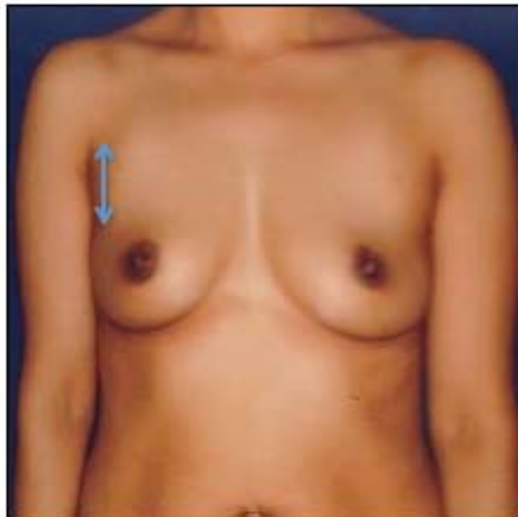
HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

"HUELLA MAMARIA: PATRON DE PRESENTACION EN PACIENTES FEMENINAS DEL SERVICIO DE CIRUGIA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO"

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS				
FECHA:				
NOMBRE:				
NO. EXPEDIENTE:				
EDAD años	DISTANCIA DEL PLIEGUE AXILAR A LA MAMA cm	PESO Kg	TALA cm	IMC



Distancia del pliegue axilar a la mama.



CIRUGÍA PLÁSTICA Y
RECONSTRUCTIVA
www.Agen.salud.gob.mx

Dr. Balasís 148
Colonia Doctores
Delegación Cuauhtémoc
México, DF 06726

Cen 462 (55) 27 09 2000
Ext 1066

TABLA No. 1

Distribución de Edad en años de las pacientes según numero y porcentaje.

EDAD	Numero	Porcentaje
20-39	25	48%
40-59	18	35%
> 59	9	17%
TOTAL	52	100%

GRÁFICO No. 1

Distribución de Edad de las pacientes según numero y porcentaje.

□

Gráfico N.1
Distribución de Edad

■ 20-39 ■ 40-59 ■ > 59

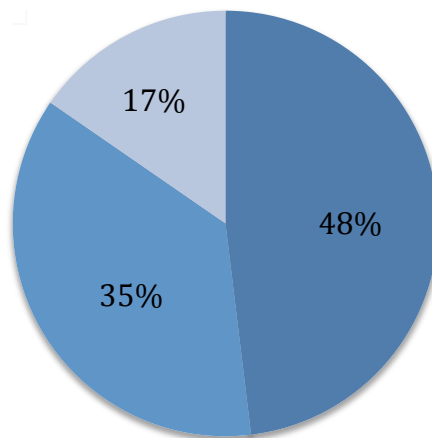


TABLA No. 2

Distribución de la distancia en centímetros del Pliegue Axilar a la Mama de las pacientes según numero y porcentaje.

Distancia PA-M	Numero	Porcentaje
3-6cm	9	17%
7-10cm	42	81%
> 10cm	1	2%
TOTAL	52	100%

GRÁFICO No. 2

Distribución de la distancia en centímetros del Pliegue Axilar a la Mama de las pacientes según numero y porcentaje.

□

Gráfico No. 2
Distribución Distancia PA-M

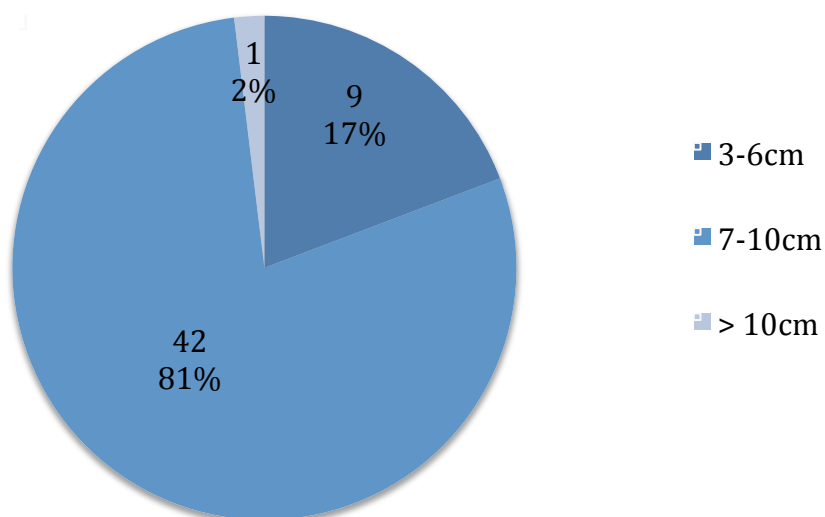


TABLA No. 3

Distribución de la distancia en centímetros del Pliegue Axilar a la Mama del número de pacientes según grupo de Edad en años.

EDAD	Distancia PA-M 3-6cm	Distancia PA-M 7-10cm	Distancia PA-M > 10cm	TOTAL	PORCENTAJE
20-39 años	5	20	0	25	48%
40-59 años	2	16	0	18	35%
> 59 años	2	6	1	9	17%
TOTAL	9	40	1	52	100%

GRÁFICO No. 3

Distribución de la distancia en centímetros del Pliegue Axilar a la Mama del número de pacientes según grupo de Edad en años.

□

Gráfico No. 3

Distribución de la distancia del PA-M según Edad

■ 20-39 años ■ 40-59 años ■ > 59 años

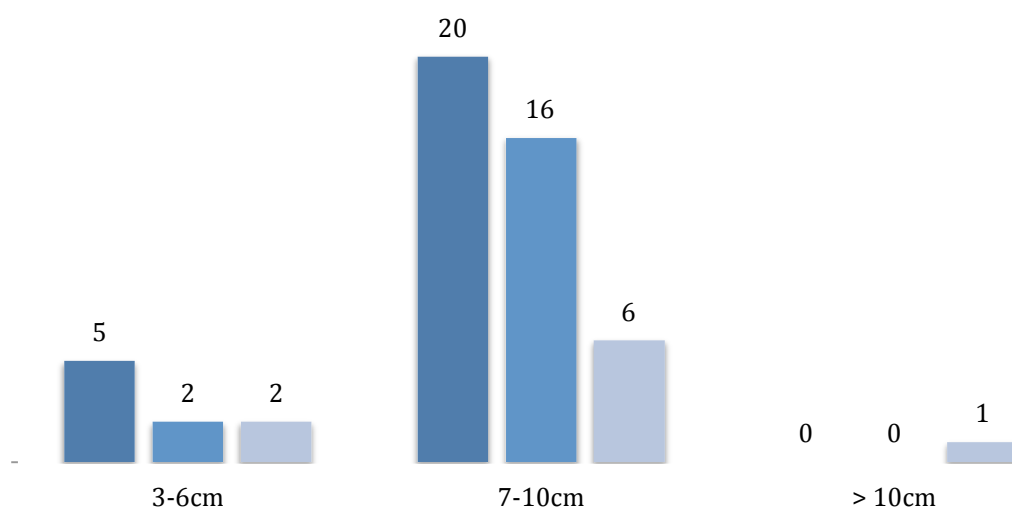


TABLA No. 4

Distribución de la distancia en centímetros del Pliegue Axilar a la Mama del número de pacientes según grupo de Índice de Masa Corporal en kilogramos sobre metros al cuadrado.

IMC	Distancia PA-M 3-6cm	Distancia PA-M 7-10cm	Distancia PA-M > 10cm	TOTAL	PORCENTAJE
18.5-24.9 kg/m ²	2	7	0	9	17%
25-29.9 kg/m ²	7	32	1	40	77%
> 30 kg/m ²	0	3	0	3	6%
TOTAL	9	42	1	52	100%

GRÁFICO No. 4

Distribución de la distancia en centímetros del Pliegue Axilar a la Mama del número de pacientes según grupo de Índice de Masa Corporal en kilogramos sobre metros al cuadrado.

□

Gráfico No. 4
Distribución según IMC y Distancia PA-M

■ 18.5-24.9 kg/m² ■ 25-29.9 kg/m² ■ > 30 kg/m²

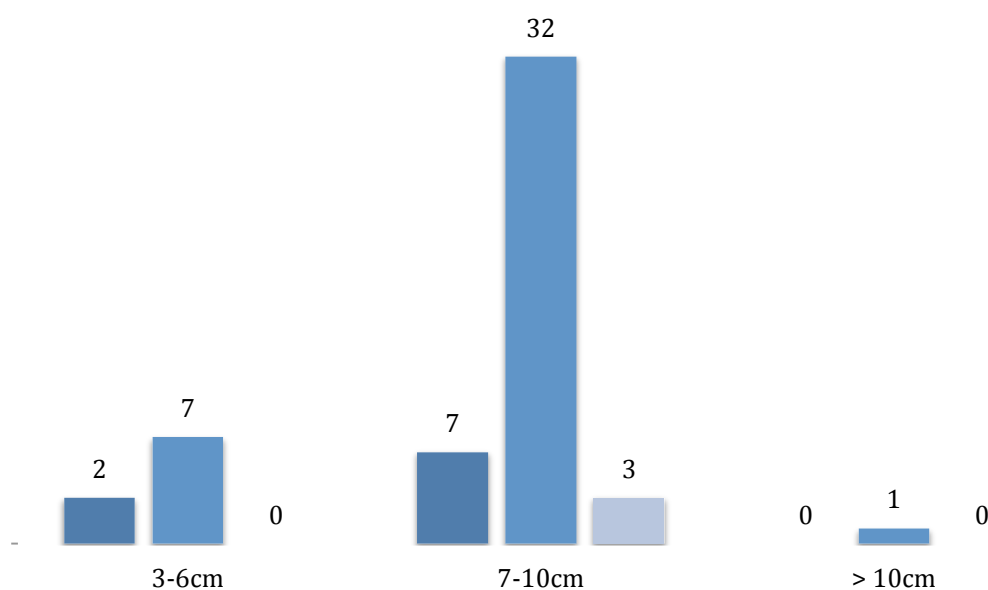


TABLA No. 5

Recolección de datos y distribución de las pacientes femeninas según edad, distancia del pliegue axilar a la mama, peso, talla, índice de masa corporal y promedios de cada variable.

EDAD años	DISTANCIA PA-M cm	PESO kg	TALLA metros	IMC Kg/m²
39	8	69	1.68	24.45
49	7	70	1.63	26.35
78	11	65	1.54	27.41
56	9	72	1.59	28.48
34	8	67	1.6	26.17
23	5	63	1.63	23.71
56	7	64	1.56	26.30
76	8	63	1.55	26.22
38	9	67	1.53	28.62
54	7	62	1.57	25.15
33	9	59	1.63	22.21
29	5	68	1.58	27.24
68	10	59	1.53	25.20
38	6	65	1.6	25.39
21	3	68	1.54	28.67
70	6	69	1.56	28.35
36	10	63	1.52	27.27
53	8	64	1.61	24.69
51	7	63	1.57	25.56
45	8	77	1.6	30.08
42	9	69	1.53	29.48
51	8	64	1.58	25.64
63	8	68	1.54	28.67
45	4	69	1.58	27.64
27	9	70	1.6	27.34
28	9	72	1.64	26.77
60	5	70	1.68	24.80
26	8	65	1.62	24.77
41	9	78	1.62	29.72
29	8	67	1.61	25.85
34	8	65	1.58	26.04
28	7	58	1.53	24.78
60	9	68	1.52	29.43
55	9	66	1.65	24.24
28	9	67	1.52	29.00
31	8	72	1.54	30.36
46	10	68	1.56	27.94
49	8	69	1.58	27.64
53	10	74	1.55	30.80
36	9	73	1.6	28.52
27	8	69	1.55	28.72
67	10	66	1.63	24.84
34	6	67	1.53	28.62
61	8	69	1.59	27.29
24	9	69	1.58	27.64
55	9	66	1.51	28.95
23	7	63	1.55	26.22
38	8	65	1.57	26.37
22	10	61	1.54	25.72
49	6	73	1.62	27.82
26	9	71	1.61	27.39
44	8	72	1.59	28.48
43.3	7.94	67.31	1.58	27.02

BIBLIOGRAFÍA

1. Blondeel PN, Hijjawi J, Depypere H, Roche N, Van Landuyt K. Shaping the Breast in Aesthetic and Reconstructive Breast Surgery: An Easy Three-Step Principle. *Plast Reconstr Surg* [Internet]. 2009;123(2).
2. Blondeel PN, Hijjawi J, Depypere H, Roche N, Van Landuyt K. Shaping the Breast in Aesthetic and Reconstructive Breast Surgery: An Easy Three-Step Principle. Part IV—Aesthetic Breast Surgery. *Plast Reconstr Surg* [Internet]. 2009;124(2).
3. Liu Y-J, Thomson JG. Ideal anthropomorphic values of the female breast: correlation of pluralistic aesthetic evaluations with objective measurements. *Ann Plast Surg. United States*; 2011 Jul;67(1):7–11.
4. Penn J. Breast Reduction. *Plast Reconstr Surg* [Internet]. 1955;16(1).
5. Hall-Findlay EJ. The three breast dimensions: analysis and effecting change. *Plast Reconstr Surg. United States*; 2010 Jun;125(6):1632–42.
6. Smith DJJ, Palin WEJ, Katch VL, Bennett JE. Breast volume and anthropomorphic measurements: normal values. *Plast Reconstr Surg. UNITED STATES*; 1986 Sep;78(3):331–5.
7. Westreich M. Anthropomorphic Breast Measurement: Protocol and Results in 50 Women with Aesthetically Perfect Breasts and Clinical Application. *Plast Reconstr Surg* [Internet]. 1997;100(2).
8. Vandeput JJ, Nelissen M. Considerations on anthropometric measurements of the female breast. *Aesthetic Plast Surg. United States*; 2002;26(5):348–55.
9. Tepper OM, Unger JG, Small KH, Feldman D, Kumar N, Choi M, et al. Mammometrics: the standardization of aesthetic and reconstructive breast surgery. *Plast Reconstr Surg. United States*; 2010 Jan;125(1):393–400.
10. Hall-Findlay EJ. A simplified vertical reduction mammoplasty: shortening the learning curve. *Plast Reconstr Surg. UNITED STATES*; 1999 Sep;104(3):743–8.
11. WISE RJ. A preliminary report on a method of planning the mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* (1946). Not Available; 1956 May;17(5):367–75.