

11211₂₂



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
PETRÓLEOS MEXICANOS
SUBDIRECCIÓN CORPORATIVA DE SERVICIOS MÉDICOS
HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD**

**MAMOPLASTÍA DE REDUCCIÓN CON TÉCNICA EN
DIAMANTE Y BRASSIERE DÉRMICO EN EL HCSAE
PEMEX EN PACIENTES CON HIPERTROFIA
MAMARIA DE JULIO 2001 A MAYO 2002.
DESCRIPCIÓN Y COMPARACIÓN
CON TÉCNICA DE McKISSOCK**

TESIS

QUE PRESENTA EL

DR. EDMUNDO GUADARRAMA PÉREZ

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA SUBESPECIALIDAD DE
CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA**

ASESOR DE TESIS

DR. OCTAVIO AYALA MONTIEL

MÉXICO, D. F. AGOSTO 2002



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

**MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN CON TÉCNICA EN DIAMANTE Y
BRASSIERE DÉRMICO EN EL HCSAE PEMEX EN PACIENTES CON
HIPERTROFIA MAMARIA DE JULIO 2001 A MAYO 2002. DESCRIPCIÓN Y
COMPARACIÓN CON TÉCNICA DE McKISSOCK**

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

DR. JAVIER CARRERA GÓMEZ

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

DR. EDMUNDO GUADARRAMA PÉREZ

ASESOR DE TESIS:

DR. OCTAVIO AYALA MONTIEL

INVESTIGADORES ASOCIADOS:

DRA. TERESITA SILVA DÍAZ

DR. LUIS ERNESTO RAMOS DURÓN

DR. EDUARDO GUTIERREZ SALGADO

SEDE: HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD

SERVICIO: CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA

AUTORIZACIONES

al

DR. CARLOS PÉREZ GALLARDO Y YÁNEZ
DIRECTOR DEL HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD DE
PEMEX

[Signature]

DRA. JUDITH LOPEZ ZEPEDA
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA DEL HOSPITAL CENTRAL
SUR DE ALTA ESPECIALIDAD DE PEMEX

[Signature]

DR. JESÚS ARTURO CABALLERO HERMOSILLO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL CENTRAL
SUR DE ALTA ESPECIALIDAD DE PEMEX

[Signature]

DR. LUIS ERNESTO RAMOS DURÓN
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL
HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD DE PEMEX

[Signature]

DR. FRANCISCO JAVIER CARRERA GÓMEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y
RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA
ESPECIALIDAD DE PEMEX

[Signature]

DR. JORGE EDUARDO GUTIERREZ SALGADO
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y
RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA
ESPECIALIDAD DE PEMEX

[Signature]



AGRADECIMIENTOS

A mi padre, por ser mi ejemplo de tenacidad y por enseñarme a tener siempre un sueño por el cual luchar.

A mi madre, por todos esos cuidados, por haber estado siempre conmigo en los triunfos y por motivarme y creer en mí aún en el fracaso.

A mi Susie, por ser un ejemplo de fuerza y ganas de vivir; por dejarme compartir mi vida con ella.

A Joce, por ser la mejor hermana.

A todos mis maestros por su confianza en mí, por los conocimientos que compartieron conmigo y principalmente por su amistad.

“ The Harder You Work... The Luckier You Get... ”

ÍNDICE

1. ANTECEDENTES	7
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
3. JUSTIFICACIÓN	12
4. OBJETIVOS	13
5. HIPÓTESIS	14
6. DISEÑO	15
7. MATERIAL Y MÉTODOS	16
8. RESULTADOS	22
9. DISCUSIÓN	32
10. CONCLUSIONES	34
11. BIBLIOGRAFÍA	35

1. ANTECEDENTES

Es innumerable el número de técnicas descritas para la mamoplastía de reducción, esto es indicativo de que no existe ninguna donde se obtenga un resultado estético adecuado para todas las mamas, aunque con el conocimiento de la anatomía se ha convertido en un procedimiento seguro y predecible

La técnica con pedículo vertical ó McKissock ha sido una técnica con la que se han comparado otras técnicas. McKissock, Cirujano Plástico de California publicó su técnica en marzo de 1972. Inicialmente lo describió como una modificación de la técnica de Strömbeck y le realizó diversos cambios después de su publicación original.

La hipertrofia mamaria es una patología que puede acompañarse de dolor en la espalda y cuello, siendo progresivo e irradiándose hacia los hombros, principalmente por la presión que ejercen los tirantes de la ropa. Es frecuente que se acompañe de infecciones o de áreas con maceración constante en los pliegues inframamarios. La actividad diaria puede acompañarse de cansancio además de que la posición para dormir llega a ser muy incómoda. En la actualidad solo el tratamiento quirúrgico corrige la hipertrofia mamaria y la mamoplastía de reducción es un procedimiento que elimina los síntomas.

En 1998, la Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos reportó 70,358 mamoplastías de reducción realizadas en Estados Unidos de Norteamérica. No se reporta el tipo de mamoplastía realizada. Anteriormente, en 1995, un estudio Canadiense realizado por Carr y Freigberg, señalaba que una minoría de Cirujanos Plásticos prefería la técnica de McKissock.

No existen cifras exactas de la incidencia de la hipertrofia mamaria en las publicaciones, pero en éste mismo estudio realizado por Car1, se reportó que los Cirujanos Plásticos Canadienses realizan un promedio de 4.6 reducciones mamarias por mes y los gastos de éstas cirugías fueron cubiertos en el 96% de los casos por los Servicios Sociales de Salud(1). En México no tenemos estadísticas sobre la frecuencia de ésta patología, pero es común ver a éstas pacientes en la consulta externa, la mayoría de ellas manifestando síntomas

En la evolución de la cirugía mamaria uno de los primeros intentos de reducción fue realizado en 1670 por Durston(1.1) Pousson (1897)(2) propuso la excisión de tejido mamario mediante una incisión semilunar en la parte superior de la mama y Morestin en 1909 describió un método en donde reseca un disco de tejido vertical en el plano profundo incluyendo un borde de piel a lo largo del pliegue inframamario, resultando en mamas con forma aplanada(3).

Aubert popularizó el concepto de la transposición del complejo areola pezón y la corrección de ptosis

La resección lateral es una técnica descrita por Hollander en 1924, movilizand o el complejo areola pezón a su nuevo sitio unicamente con algo de tejido glandular y grasa (4). Se reportaron gran cantidad de complicaciones en esos primeros intentos de reducción , siendo el común denominador la necrosis del complejo areola pezón y en ocasiones también de regiones completas de la mama. El factor principal de éstas complicaciones era el desconocimiento de la circulación de la piel. Cuando se realizó la descripción de la anatomía vascular de la mama, se puede considerar como el inicio de las reducciones mamarias planeadas en base a ésta.

Schwartzman (1930) realizó sus procedimientos dejando un anillo dérmico alrededor del complejo areola pezón para preservar el plexo subdérmico. Este puede ser capaz de irrigar de manera parcial el pezón. La descripción de la irrigación permitió el diseño de diferentes colgajos que basaban su circulación en pedículos axiales, lo que disminuyó considerablemente los casos con necrosis de tejido mamario (4).

Nedkoff (1938) introdujo la ahora clásica excisión de ojo de cerradura, aunque no incluía en sus cirugías la *deseptelización*. En 1960, Strömbeck mostró que con las mismas incisiones, la vascularidad del complejo areola pezón mejoraba mediante la *deseptelización* de la piel que lo rodeaba sirviendo como puente (4).

En 1961 Dufourmentel y Mouly aplicaron el principio de la *deseptelización* a un método con incisión lateral, siendo una variante a la reportada por Elbaz y Verheecke; ellos llevaron la incisión lateral a un nivel más bajo hasta unirse en el pliegue inframamario. Con ésta técnica se evitan las cicatrices amplias de la T invertida (5). En los años que siguieron, Tamerin (1963), Skoog (1963) y Pitanguy (1967) desarrollaron sus propias variaciones de los principios de Nedkoff y Strömbeck (6).

La idea de desplazar el complejo areola pezón en un colgajo vertical bipediculado fue descrito por Joseph, quien realizó la cirugía en dos etapas para evaluar la viabilidad del mismo. McKissock tuvo la misma idea y el utilizó el mismo tipo de colgajo vertical bipediculado *deseptelizado* para mejorar la irrigación y esto permitía la realización de la cirugía en una sola etapa(7). Esta técnica ha sido muy popular desde entonces debido a su seguridad incluso en resecciones hasta de 1000g. En 1977, Thomas Robbins utilizó el patrón de Wise basando la irrigación del complejo areola pezón en un pedículo inferior, conservando sensibilidad y dejando la posibilidad de lactancia (8).

Gran difusión ha recibido la técnica periareolar de Benelli, con la que se puede obtener un excelente resultado pero está limitada a reducciones pequeñas (9) Se basa en realizar una incisión alrededor del complejo areola pezón y conificar la mama a través de éste abordaje.

La mastopexia vertical fue descrita por Dartigues (1925), pero fue difundida hasta 1957 por Arie, seguido de Claude Lassus (1970) quien retomó ésta técnica (10). Diseñando un abordaje vertical y posteriormente Madeleine Lejour incorporó esas ideas para su técnica ..

La cual ha revolucionado los conceptos establecidos anteriormente (11) y como ella lo menciona, tiene como ventaja menos cicatrices, una forma agradable y un resultado predecible

Pocos autores han hablado de la utilidad de los colgajos dérmicos, los más importantes han sido mencionados por Maliniac (12) para dar sostén y Bustos (13) que ha utilizado láminas de silicón para dar forma a la mama.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ La reducción mamaria en diamante constituye una alternativa para corregir hipertrofias mamarias moderadas a severas con un mejor resultado estético y un menor número de complicaciones que con la técnica de McKissock?

¿ Los colgajos dérmicos para la reducción en diamante constituyen un mejor soporte para el tejido mamario?

La reducción mamaria con técnica de Mckissok tiene una elevada frecuencia de dehiscencias.

En la actualidad un gran número de cirugías con técnica de McKissock se utiliza para abordar el problema de hipertrofia mamaria. Se han reportado dehiscencias y las cicatrices en ocasiones llegan a prolongarse, siendo visibles. Con la técnica en diamante considero que el número de complicaciones es menor.

3. JUSTIFICACION

Existe una gran cantidad de técnicas para reducción mamaria cada una con características distintas pero en todas ellas podemos observar la presencia de un pedículo a través del cual obtendrá la irrigación del complejo areola pezón.

Las técnicas que se utilizan con mayor frecuencia son aquellas en las que la cicatriz resultante es una T invertida, como en la técnica de McKissock que basa su irrigación en un pedículo vertical.

A pesar de ser una técnica en la que es posible realizar resecciones grandes de tejido, la frecuencia de dehiscencias en el sitio de unión entre la cicatriz vertical y horizontal, es elevada y la forma de las mamas es cuadrada y con mínima proyección.

Por lo anterior descrito, nosotros proponemos una nueva alternativa para la reducción mamaria mediante una técnica con cicatriz lateral y dos colgajos de dermis

4. OBJETIVOS

General:

- I. Utilizar una técnica que intervenga en la remodelación y redistribución del tejido mamario que a su vez disminuya el volumen de la misma.

Específicos:

- II. Lograr una técnica de reducción mamaria con menos cicatrices y mejor proyección.
 - a. Obtener un menor número de complicaciones de cicatrización
- III. Diseñar un medio de soporte y fijación en la reducción para disminuir la tensión en la herida quirúrgica.
 - a. Reducir el número de dehiscencia de heridas

5. HIPÓTESIS UNIVERSAL

La reducción mamaria en diamante con colgajos dérmicos es un procedimiento eficaz, capaz de mejorar la proyección ya que remodela y redistribuye el parénquima. Siendo también una técnica en la que únicamente se produce una cicatriz lateral con mejores resultados estéticos y mayor satisfacción de la paciente.

HIPÓTESIS DE ASOCIACIÓN

Si se aplica la técnica en diamante para resolver el problema de hipertrofia mamaria tenemos una mejor proyección de la glándula y una menor posibilidad de dehiscencias.

6. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

EXPERIMENTAL DE FASE II (TIPO QUIRÚRGICO) CON UNA COHORTE DE COMPARACIÓN en el que incluimos pacientes del Hospital Central Sur de Alta Especialidad con hipertrofia mamaria moderada a severa y ptosis grado II.

El rango de edad fue de 25 a 45 años, con un promedio de 36 años.

Utilizamos como criterio de inclusión la siguiente clasificación para las pacientes:

Grado I: La hipertrofia rara vez se acompaña de ptosis. El complejo areola-pezones (CAP) se encuentra aproximadamente en el nivel del pliegue inframamario.

Grado II: El CAP se encuentra por debajo del pliegue inframamario, pero la mama al nivel del pliegue tiene consistencia y cierta proyección.

Grado III: La hipertrofia se acompaña de ptosis extrema, el CAP es muy bajo y la mama en el nivel del pliegue está prácticamente vacía.

7. MATERIAL Y METODOS

Experimental tipo II (quirúrgico) con una cohorte de comparación

7.1. Universo De estudio

Pacientes de sexo femenino con hipertrofia mamaria moderada a severa y ptosis GII (clasificación de Regnault), sintomáticas (dolor en espalda y/o cuello, hombros e infecciones recurrentes en pliegues inframamarios) que acudieron a la consulta externa del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de PEMEX.

A todas las pacientes se les solicitaron exámenes preoperatorios (biometría hemática, tiempos de coagulación, química sanguínea) y mastografía de control. Se tomaron fotografías preoperatorias de frente, tres cuartos y perfil de ambos lados. Al realizar el marcaje preoperatorio se midió la distancia del tercio medio clavicular y de la línea media al complejo areola pezón.

Las fotografías postoperatorias fueron tomadas a los 5 días, 3 meses, 6 meses y 10 meses después de la cirugía.

7.2 TAMAÑO DE LA MUESTRA

El 100% de las pacientes que se presentaron a ésta unidad de julio 2001 a mayo 2002 que cumplían con los criterios de inclusión.

7.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

7.3.1. Criterios de inclusión:

Derechohabientes de PEMEX

Pacientes de 20 a 45 años de edad del sexo femenino con el diagnóstico de hipertrofia mamaria moderada a severa, con síntomas tipo dolor en columna torácica, cuello, hombros ó dolor en glándulas mamarias e infecciones en pliegue inframamario.

7.3.2. Criterios de exclusión:

Pacientes con cirugías mamarias previas, enfermedades de tejido conectivo, enfermedades metabólicas, obesidad mórbida, angina pectoris, eventos tromboembólicos ó enfermedades pulmonares y renales.

También se excluyeron aquellas pacientes lactando.

7.3.3. Criterios de eliminación:

Pacientes que abandonaron el seguimiento postoperatorio.

7.4 VARIABLES

7.4.1 Independientes

Técnica de Mckissock / Técnica de reducción mamaria en diamante con colgajos dérmicos.

7.4.2. Dependientes

Pacientes del sexo femenino, de 20 a 45 años de edad, nacionalidad mexicana

7.5 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Todas las pacientes fueron sometidas a una evaluación preoperatoria mediante exámenes de laboratorio (biometría hemática, tiempos de coagulación, química sanguínea) y se les solicitó mastografía de control

Descripción de la técnica quirúrgica:

Uno de los puntos más importantes para realizar ésta técnica es el marcaje, como en la mayoría de los procedimientos de Cirugía Plástica, la planeación en la reducción es indispensable para calcular la cantidad de tejido a reseca y la distancia que deberá desplazarse el complejo areola pezón.

La paciente debe estar de pie y se deben señalar cuatro líneas de referencia:

1. línea media
2. línea clavicular media
- 3 línea axilar anterior
4. pliegue inframamario

La nueva ubicación del complejo areola pezón deberá señalarse a la altura del pliegue inframamario, en la línea clavicular media, ésta distancia corresponde de 19 a 22 cm. del manubrio esternal y lo consideramos el punto A.

El punto B es el que localizamos en la unión del pliegue inframamario con la línea axilar anterior.

Mediante el uso del patrón de McKissock con un rayo central, diseñado para ésta cirugía, colocamos el centro del patrón en el punto A y el rayo central se dirige hacia el punto B, trazamos una línea que represente ésta dirección como el eje del diamante, y su límite

inferior es a un cm por arriba del punto B, a éste punto lo denominamos punto C. Se dibuja el contorno del círculo en el cual se situará el complejo areola pezón y también debemos marcar ambas ramas laterales del patrón. La longitud de éstas será de 5 cm. y a partir de éste sitio se cambiará la dirección de las mismas y se trazarán hacia el punto C.

La cirugía se realiza con anestesia general o bloqueo alto y se infiltran ambas mamas con solución de lidocaína con epinefrina, incluyendo las áreas previamente marcadas a nivel de la piel

Se desepiteliza la zona marcada y se realiza el diseño de los dos colgajos dérmicos, los cuales serán tallados posteriormente.

Se reseca el tejido mamario del polo inferoexterno, el cual tiene forma de diamante, localizando el límite superior una distancia de 2 cm por debajo del complejo areola pezón.

Se suturan los bordes de la resección entre sí para formar un cono glandular. Se fija el complejo areola pezón a su nuevo sitio y se sutura por planos con sutura absorbible.

Se rotan los colgajos dérmicos previamente tallados para formar un cono cutáneo, sepultándolos para así evitar la tensión sobre los bordes quirúrgicos, éstos se fijan a la dermis traccionándolos hasta obtener la forma deseada, se sutura la piel con nylon 4-0 y se da por terminado el procedimiento.

Se deja un drenaje de tipo cerrado el cual permanecerá durante dos días en promedio. El vendaje se retira al siguiente día de la cirugía y las fotografías postoperatorias se toman a los 5 días, 3 meses, 6 meses y 10 meses.

7.6 ASPECTOS ÉTICOS

El protocolo se realizó previa revisión y aprobación por el comité de Ética e Investigación del Hospital Central Sur de Alta Especialidad.

Todas las pacientes contaron con un consentimiento informado, donde se les informaba de las posibles complicaciones propias de éste tipo de cirugías como son hematoma, seroma, infección, dehiscencia de heridas, necrosis grasa, necrosis del complejo areola pezón, pérdida de sensibilidad del pezón, cicatrices hipertróficas ó queloides.

Ya que estamos retomando una técnica, nuestra prioridad es conservar los principios anatómicos básicos en cuanto a la irrigación. La mamoplastía en diamante es segura, ya que su irrigación depende de un pedículo superior. Nuestras modificaciones y aportaciones serán principalmente para mejorar la forma y disminuir la tensión a nivel de los bordes de la herida.

8. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se realizaron 8 mamoplastías de reducción con la técnica antes descrita, en un periodo comprendido de julio 2001 a julio 2002. Para realizar la valoración de éstas utilizamos como parámetro los siguientes puntos:

- a. **Seguridad.** El riesgo de pérdida del complejo areola pezón es mínimo ya que permanece como una isla en un pedículo dérmico y es movilizado al nuevo sitio mediante la rotación del pedículo. La irrigación principal es dada por un pedículo superior. No tuvimos ninguna pérdida ni sufrimiento del complejo areola pezón.
- b. **Cicatriz.** La cicatriz es menor que con otras técnicas, incluye la periareolar y una sola cicatriz lateral. Es posible cubrirla completamente con el sostén de la paciente, a diferencia de las cicatrices con técnica de McKissock que llegan a salir de éste a nivel del pliegue inframamario si el marcaje no se realiza por arriba del pliegue. No tuvimos ninguna paciente con cicatriz hipertrófica ni queloide con la técnica en diamante. En una paciente operada con técnica de McKissock obtuvimos cicatrices hipertróficas (ambas mamas) y en otra cicatrices queloides, también en ambas mamas, de las que fue necesario hacer plastía de cicatrices en quirófano y aplicación de esteroides intralesionales por 3 meses.
- c. **Sensibilidad.** Con técnica de McKissock una paciente refirió alteraciones en la sensibilidad en una de las mamas la cual fue recuperándose luego de un mes de postoperatorio. La sensibilidad se conservó sin problemas con técnica en diamante.

- d **Tejido Resecado.** Se resecaron en promedio con la técnica en diamante 243 gramos por mama y con la técnica de McKissock 255 gramos, lo cual fue muy similar con ambas técnicas. (TABLA 1. Y 2.)
- e. **Migración del complejo areola pezón.** En promedio la migración del CAP con técnica de McKissock fue de 5.6 cm y con técnica en diamante 5.9 cm. (TABLA 3 Y 4.)
- f. **Lactancia.** La conservación de cuadrantes superiores y el inferior medial hacen posible que no se altere la lactancia, aunque ninguna de nuestras pacientes se ha embarazado después del procedimiento, incluyendo técnica de McKissock y diamante.
- g **Simetría.** Con la técnica en diamante y McKissock es posible valorar la simetría durante el transoperatorio, lo que nos permite hacer modificaciones necesarias
- h. **Tiempo quirúrgico.** En promedio fue de 2 horas 45 minutos, el cual fue similar al realizado con McKissock.
- i. **Proyección.** La proyección de las mamas es significativa, ya que al reducir el ancho de la base de la mama es posible dar la forma cónica. Debido a la resección de tejido en el polo infero externo es posible reducir aquellas mamas donde la glándula se extiende por detrás de la línea axilar anterior.
- j. **Complicaciones.**

NO hubo dehiscencias, cicatrices hipertróficas ni sufrimiento en los bordes de las heridas con la técnica en diamante. (TABLA 5) A diferencia de aquellas pacientes operadas con técnica de McKissock en donde 5 de ellas presentaron dehiscencia de la herida en ambas mamas (10 mamas) a nivel del sitio de unión entre la cicatriz vertical y horizontal, sitio más frecuente de dehiscencias. Estas dehiscencias

iban de mínimas, aquellas de 1 a 2 cm hasta aquellas en que presentaron dehiscencia completa de la cicatriz vertical (un caso/ambas mamas), requiriendo un mayor tiempo de internamiento y visitas en la consulta externa. En el caso con dehiscencia completa de la cicatriz vertical y un caso más fue necesario realizar cierre quirúrgico, en las tres pacientes restantes se realizaron curaciones diariamente, obteniendo un cierre por segunda intención, con una cicatriz ancha y desagradable en opinión de la paciente.

(TABLA 6.)

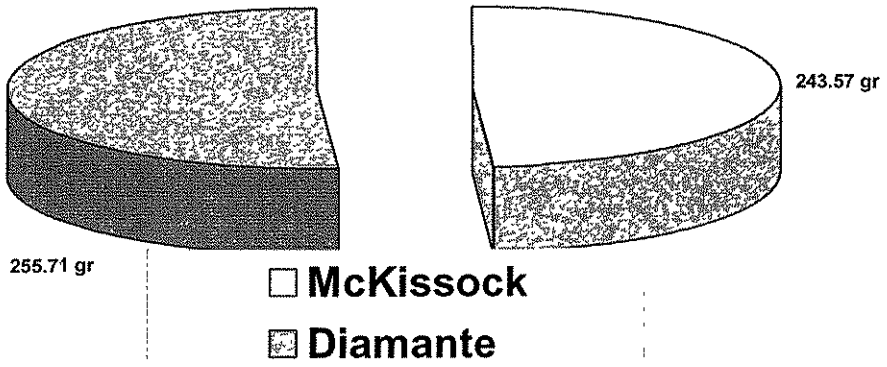
TABLA 1.



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA 2.

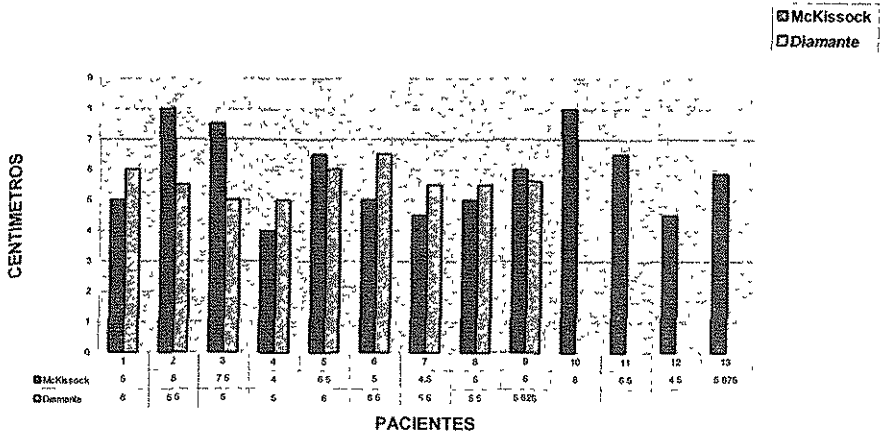
TEJIDO RESECADO EN PROMEDIO



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA 3.

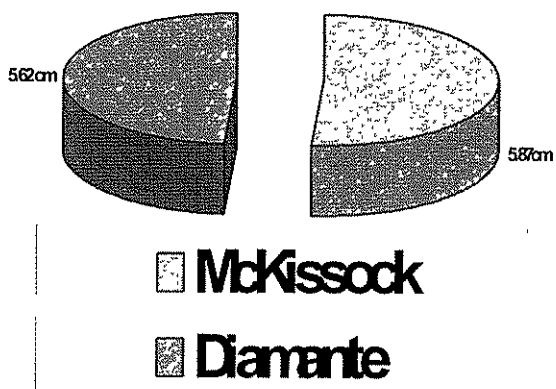
MIGRACION DEL COMPLEJO AREOLA-PEZON



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA 4.

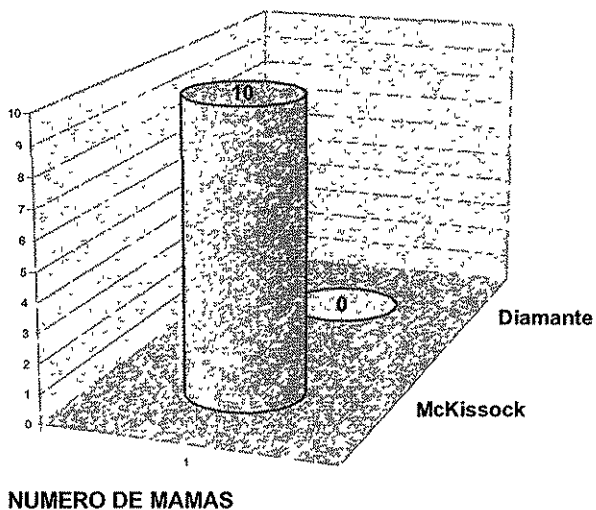
MIGRACION DEL COMPLEJO ARECLA FEZON EN PROMEDIO



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 5.

DEHISCENCIA DE HERIDAS

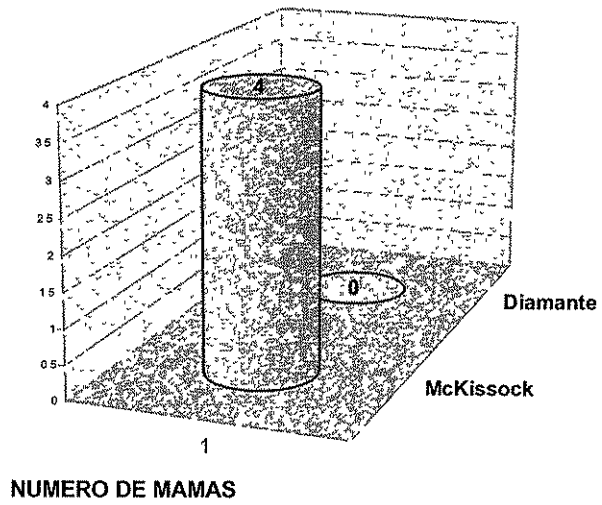


**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

TABLA 6.

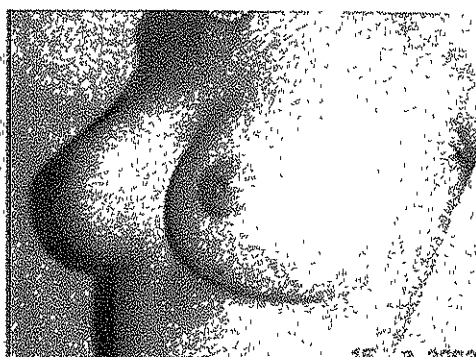
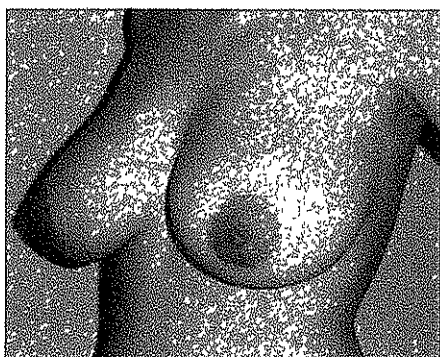
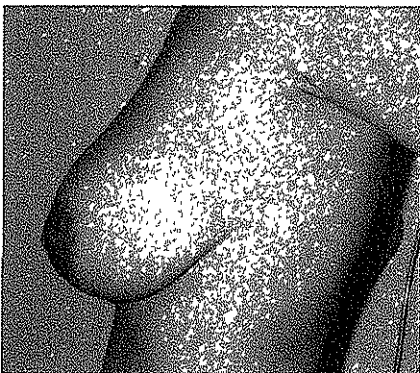
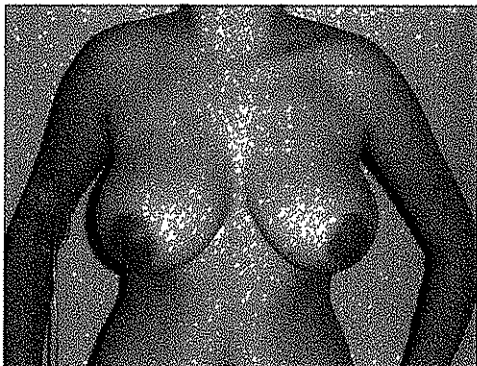
CICATRICES HIPERTROFICAS



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**FOTOGRAFÍAS
PREOPERATORIAS**

**POSTOPERATORIAS
A LOS 3 MESES**



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

10. DISCUSIÓN

La mamoplastía con cicatriz lateral anteriormente descrita tiene ventajas sobre otras técnicas. En primer lugar conserva la irrigación e inervación del complejo areola pezón y debido a que se los cuadrantes superoexterno, superomedial e inferomedial se conservan prácticamente no existen alteraciones en la lactancia

En general, las cicatrices con forma de T invertida resultante de las técnicas convencionales, han representado un inconveniente, ya que puede llegar a ser extensa, visible en la región medial y lateral, ocasionalmente son hipertróficas ya que estamos creando la forma de la mama mediante los colgajos de piel y esto crea tensión sobre las heridas, reflejado en áreas de necrosis en el punto de unión de ambas cicatrices, el cual llega a ser tan frecuente que ha sido motivo de publicaciones (14).

La técnica lateral como la de Dufourmentel y Mouly y la vertical de Lejour comparten ciertas ventajas en cuanto a los resultados y se pueden llevar a cabo con la seguridad de que no exista necrosis del complejo areola pezón porque permanece como una isla en un pedículo dérmico y es movilizado a su nuevo sitio mediante el avance del pedículo. A diferencia de las otras técnicas en éstas se debe formar un cono con el tejido mamario y la piel únicamente deberá cubrirlo, evitando la tensión en ella, por lo que la mama será reducida, redistribuida y remodelada sobre una base con un diámetro menor, lo que facilita la proyección de la mama y evita que adquiera una forma cuadrada y aplanada(15) (16).

El riesgo de necrosis de los colgajos cutáneos disminuye porque la disección que se realiza entre la piel y el tejido mamario no es tan extensa. El complejo areola pezón conservará su sensibilidad, capacidad eréctil y las conexiones con el sistema ductal. El resultado estético es bueno debido a que se le da proyección a la mama de tal manera que se compensa la

falta de volumen en el polo superior. Tiene la ventaja de que el mismo marcaje y principios se pueden utilizar para la corrección de ptosis mamaria. En la técnica con cicatriz lateral obtenemos la ventaja de poder extender la cicatriz prácticamente hasta el sitio de unión de la línea axilar anterior y el pliegue submamario, a diferencia de la vertical de Lejour, en la que es frecuente la formación de pliegues cutáneos al realizar la sutura y una forma aplanada en el polo inferior, situaciones que mejoran después de varios meses pero que llegan a causar insatisfacción en las pacientes.

11.CONCLUSIONES

Con éste estudio concluimos que la técnica en diamante es una excelente alternativa para la reducción mamaria ya que en primer lugar es segura y los colgajos dérmicos tienen la capacidad de dar sostén al tejido mamario, dando así un soporte adicional con el que las complicaciones disminuyen y al mismo tiempo remodelan el contorno mamario dando como resultado una forma armónica y con una sola cicatriz lateral.

VENTAJAS

Menos cicatrices que en otras técnicas para mamas con hipertrofia moderada a severa.

Mejor proyección de la mama.

Seguridad para la preservación del complejo areola pezón.

DESVENTAJAS

Las medidas y el marcaje son muy importantes ya que una vez realizada la resección de piel solo se pueden hacer ajustes menores.

El estudio tuvo una duración de un año con análisis de 8 pacientes con la técnica propuesta y 12 en el grupo comparativo. Los resultados son muy evidentes, las cicatrices fueron menos con la técnica en diamante y la proyección de la mama fue adecuada y las complicaciones fueron menos que con técnica de McKissock.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Carr MM, Freiberg A: Canadian survey of reduction mammoplasty techniques Can J Plast Surg 1995; 3(4): 199-201
- 1 1 .Durston W: Observations about the unusual swelling of the breasts, Philos Trans R Soc Lond IV 1049, 1670
2. Pousson M: De la mastopexie, Bull Mem Soc Chir Paris 23:507. 1897.
3. Morestin H: Bilateral mammary hypertrophy corrected by discoid resection. Bull Mem Soc Chir 33: 201, 1907.
4. Meyer R: Reduction mammoplasty with an L-shaped suture line. Plast & Reconstr. Surg. 55:2, 1975.
5. Schatten W, Hartley J. Reduction mammoplasty by the Dufourmentel-Mouly method. Plast. & Reconstr. Surg. 48: 4, 1971.
- 6 Pitanguy, I. Surgical treatment of breast hypertrophy Brit. J. Plast. Surg. 20: 78, 1967.
7. McKissock PK: Reduction mammoplasty with a vertical dermal flap. Plast Reconstr. Surg. 49:245-252. 1972
8. Freiberg, A, Boyd, B. Reduction mammoplasty: a comparison between the Robbins and Pontes Techniques. Plast. Reconstr. Surg. 78:6, 1986.
9. Benelli L: A new periareolar mammoplasty: the "round block" technique, Aesthetic Plast Surg. 14:99, 1990.
10. Benmeir, P., Lusthaus S The inframammary midline triangle in reduction mammoplasty. The renewal of an old idea. Plast Reconstr. Surg. 93:2, 1994.

11. Lejour, M Vertical mammoplasty update and appraisal of late results. *Plast. Reconstr Surg* 104:3,1999
12. Lejour, M Vertical mammoplasty: early complications after 250 personal consecutive cases. *Plast. Reconstr. Surg.* 104:3,1999
- 13 McCulley, S. Short-scar breast reduction: Why all the fuss?. *Plast. Reconstr Surg.*107:4,2001
14. Hidalgo, D , Elliot, F. Current trends in breast reduction. *Plast. Reconstr. Surg.* 104: 3, 1999.
15. Maliniac JW: Two-stage mammoplasty in relation to blood supply. *Am J Surg.* 68 55,1995.
16. Bustos RA. Periareolar mammoplasty with silicone supporting lamina. *Plast. Reconstr. Surg* 89(4):646-659,1992.
- 17 Teixeira, W. Reduction mammoplasty with a circular folded pedicle technique. *Plast Reconstr. Surg.* 104: 6, 1999.
- 18 Gerow, F., Spira M. A simplified design for reduction mammoplasty. *Plast. & Reconstr. Surg.* 53: 3, 1974.
- 19 Ribeiro, L. A new technique for reduction mammoplasty. *Plast & Reconstr. Surg.* 55: 3, 1975.
20. Glatt, B., Sarwer, D., O'Hara, D A retrospective study of changes in physical symptoms and body image after reduction mammoplasty. *Plast. & Reconstr. Surg.* 103: 1, 1999.
21. Marchac, D. Reduction mammoplasty and correction of ptosis with a short inframammary scar. *Plast. & Reconstr. Surg.* 69: 1, 1982.

- 22 Nicolle, F. Improve standards in reduction mammoplasty and mastopexy. *Plast. & Reconstr. Surg.* 69: 3, 1982
23. Peixoto, G Reduction mammoplasty: a personal technique. *Plast & Reconstr Surg.* 65: 2, 1980.
- 24 Cárdenas, L Vergara, R. Reduction mammoplasty with supero-lateral dermoglandular pedicle: another alternative. *Plast. & Reconstr. Surg.* 107: 3, 2001.
25. Jackson, I, Bayramicli, M. Importance of the pedicle length measurement in reduction mammoplasty. *Plast. & Reconstr Surg.* 104: 2, 1999.
- 26 Hudson, D., Skoll, P. Repeat reduction mammoplasty. *Plast & Reconstr. Surg.* 104: 2, 1999.
27. Hammond, D Short scar periareolar inferior pedicle reduction (SPAIR) mammoplasty. *Plast. & Reconsti. Surg.* 103: 3. 1999.
28. Aiache, A. Arch Reducion mammoplasty. *Plast. & Reconstr. Surg.* 103: 3, 1999.
29. Snyder, G. The combined use of the strombeck pattern and the McKissock Keyhole pattern in marking macromastia. *Plast. & Reconsti. Surg.* 98.2, 1980
30. Finger, R. Vasquez, B. Superomedial pedicle technique of reduction mammoplasty *Plast. & Reconstr. Surg.* 83: 3, 1989.