

MASTOPLASTIA REDUCTORA EN L PARA GRANDES VOLÚMENES

Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)
Facultat de Medicina
Departament de Cirurgia

Tesis doctoral

Claudio De Barros Fernandez

Director: Prof. Doctor Enrique Perelló Scherdel
Co Director: Prof. Doctor Joan Pere Barret Nerin

Barcelona
2012

5 DISCUSIÓN

Este trabajo discurre sobre el esfuerzo de minimizar cicatrices en Mastoplastias, por la vista de uno y su intento de continuar la experiencia de otros, disminuir cicatrices y tensión en la piel.

Demuestra la evolución de las cirugías en "L", algunas tácticas personales, experimentando o evolucionando las técnicas de otros y haciendo comparaciones. Desde el primer contacto con cirugías plásticas mamarias, pasando por el término de la graduación médica en 1987 y por la Residencia Médica (MIR) en Cirugía Plástica, hasta los días de hoy, añadiendo 22 años de observaciones.

En Países, Ciudades, Hospitales o Servicios distintos, se fue desarrollando este estudio. Como cirujano, ayudante o espectador, y muchas veces con registros escritos que se fueron perdiendo con el tiempo.

En general nosotros, cirujanos plásticos, hacemos comparaciones demasiado *subjetivas*, hecho que dificulta incluso la búsqueda en la literatura de datos comparativos.

Discutiremos entonces los resultados en dos prismas: la búsqueda a lo largo de 22 años de experiencia clínico-quirúrgica y su culmen, o sea, los 100 pacientes tomados como grupo de estudio y analizados estadísticamente para la comparación objetiva de resultados con otros grupos.

Los principios básicos de la cirugía plástica muestran al respecto el predominio de la función sobre la estética, pero sin olvidarse de esta última.

En cuanto a la cirugía plástica mamaria, las técnicas operatorias siguen los planteamientos de los mismos autores hace más de 30 años. Las modificaciones son más frecuentes en el transoperatorio y se parecen más a improvisaciones, o pequeñas tácticas, que a nuevas técnicas⁵³.

Peixoto⁵³, creía que las concepciones de fines del siglo XX, creaban limitaciones intranponibles al desarrollo de nuevas posibilidades, frente a la variedad morfológica del órgano y falta de técnicas más flexibles en el acto operatorio.

Así como a Peixoto, el tema de las Mastoplastias Reductoras desde hace tiempo me angustiaba. La vascularización, sensibilidad, la dificultad de ascensión del pezón, el talle de

las cicatrices, su dirección y tensión.

La forma basada más en la tensión cutánea de lo que en la arquitectura del parénquima mamario, son temas que en nuestro punto de vista merecen más atención y desarrollo de otros abordajes.

Trabajamos para ayudar a perfeccionar la naturaleza, evolucionando nuestra conciencia y empleando para eso el conocimiento ligado al sentido común. Traicionaría a nuestros maestros y al orden general de la vida, que es la evolución, si el alumno no intenta desarrollar las enseñanzas donadas por sus maestros.

Reflejos actuales nos enseñan diariamente que en la pelea con la Naturaleza, el hombre pierde. Civilizaciones antiguas que respetaban esto, aparentemente tuvieron buena supervivencia en la Tierra.

Nuestra formación quirúrgica en Cirugía Plástica en Rio de Janeiro, Brasil, desde 1988 en el Hospital Naval Marcílio Dias, Rio de Janeiro, fuerte institución militar, sufrió la influencia del gran maestro brasileño, Ivo Pitanguy.

El Servicio ganó exposición mundial, después del accidente radioactivo con el Cesio 137, recibiendo a los pacientes de Goiânia y científicos de todo el mundo. Mucho se estudió sobre los efectos de la radioactividad en los seres humanos y se criaba una aurea de los males de la influencia humana en su intento de desarrollo.

Basado en este espíritu, la idea que nos transmitían era de trauma operatorio mínimo. Cicatrices operatorias las mínimas posibles. Creación de almohadillas y cobertura con una mínima tensión posible.

Con esos principios clásicos, desde que vi mi primera mastoplastia (1988) y aún sin comprenderla correctamente, pensé: *Esta cirugía es muy bonita, pero pienso que podemos acortar estas cicatrices.*

Evidentemente, hay que respetar a todos los autores de la "T" invertida. Ellos fueron la base para nuestro desarrollo teórico y práctico, así como otros autores que empezaron por la búsqueda de cicatrices más cortas. Así que, siguiendo lo que decía mi profesor, el doctor Jaimovich, empecé a estudiar la técnica en "L" de Bozola⁵¹.

Solamente, para ubicar este estudio, fueron hechas aproximadamente 2199 cirugías de mamas, principalmente de disminuciones y re modelajes (72%) – conforme demuestra la tabla VI. A partir de estos números y con esas reflexiones se empezó la filosofía del dibujo de este trabajo, que luego englobó los 100 casos del estudio presentado y sus objetivos.

Tabla VI. Distribución de las cirugías plásticas mamarias realizadas a lo largo de 22 años de práctica quirúrgica del autor.

Mamas	Disminución	Aumento
De 1988 hasta 1995	302	118
De 1996 hasta febrero de 2010	918	861
Total 2199	1220	979

Las cirugías de disminución fueron en total 1230, de las cuales fueron la mayor parte realizadas con las técnicas en L, como muestra la tabla VII.

Tabla VII. Distribución de las mastoplastias de disminución realizadas según la técnica utilizada (en L o en T).

Mamas de Disminución	L	T
De 1988 hasta 1995	181	121
De 1996 hasta febrero de 2010	840	88
Total 1230	1021	209

Hasta fines de los años 80, más precisamente 1988, hacíamos más cirugías mamarias en "T" invertida que la "L". Poco a poco ganábamos experiencia con las técnicas en "L" y las podíamos indicar en mamas cada vez más grandes. En nuestras manos, en principio del estudio, la "L" era una técnica de excepción, hoy en día la "T" es la excepción. Hasta fines de los años 90, 60 % eran "T". Actualmente 90 % son "L", seguramente sin contar los aumentos mamarios con silicona, que hacemos en su mayoría con una cicatriz sola en la mitad inferior del pezón.

Dentro de ese grupo, tratamos 840 pacientes con el dibujo de Chiari, de los que 252 tuvieron volúmenes de postoperatorio más grandes que 700 gramos (30%).

Seguramente, cuanto más grande el volumen, más difícil es acomodar la nueva mama con cicatrices más cortas.

El volumen máximo que conseguimos indicar con la cicatriz corta, fue de 2000 gramos.

Por las quejas de las pacientes y amparado por un metanálisis de 2008⁶⁵, solamente para el estudio, limitamos los casos estudiados en resecciones entre 700 gramos hasta 2000 gramos - para los dos lados (1kilo para cada lado).

Como definición de Gigantomastia o Macromastia, tenemos como un extremo crecimiento benigno de las mamas, bajo estímulo hormonal o no.

Clasificar una mama como muy grande, varia bajo muchos aspectos. Desde el simple discomfort hasta la incapacidad física⁶⁵, a partir de 700 o de 1500 g, variando según los autores. Hay relatos en la literatura, de resecciones de hasta 30 kilos de cada mama, pero esto es más raro. Por eso en nuestro estudio clasificamos el grupo estudiado como “mamas grandes”, según las propias pacientes por su desconhorto, con resecciones a partir de 700 gramos de cada lado.

Hay que llevar en cuenta aún que, mientras muchos autores clasifican las mamas según la anatomía (presumiendo), otros clasifican según la cantidad de tejido retirada.

No tenemos la pretensión de tratar mamas gigantes con cicatrices cortas, sino tratar mamas grandes, que causan discomfort físico y estético, con cicatrices más cortas.

Al principio, la opción del “T” o de la “L” se basaba en la distancia del punto “A” clásico de la mama (punto de proyección anterior del surco sub mamario en la mitad de cada mama, como muestra la figura 85, hasta el punto “M” (el punto más proyectado de la mama). Cuando esta distancia era más larga de 6 centímetros, indicábamos el “T”, y en las menores de 6 centímetros indicábamos la “L”. Bozola continúa preconizando el T cuando la distancia A-M es más larga de 6 centímetros⁶⁹. Sin embargo hemos empleado las cirugías en L, hasta el doble de esta distancia actualmente. En la figura a continuación, se demuestra la clasificación de la ptosis de la mama según Bozola.

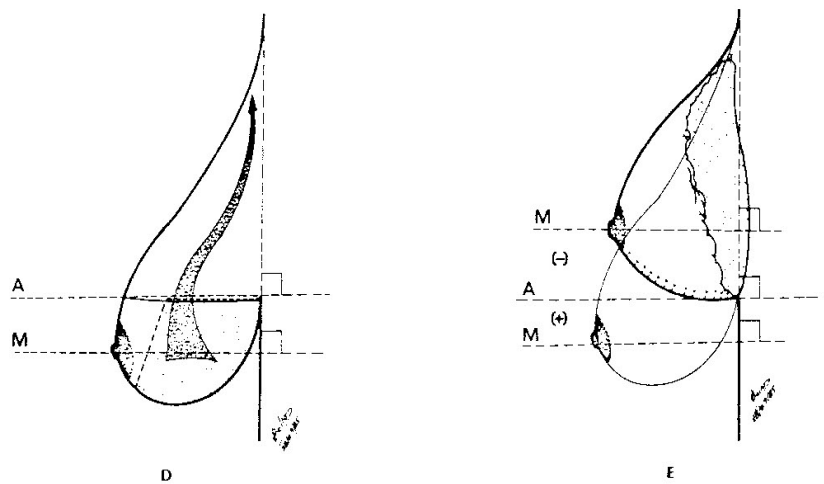


Figura 83. Figura de proyección y clasificación de la ptosis de la mama de Bozola.

Nuestra clasificación de la forma de la mama también fue basada en los estudios de Bozola⁵¹ (mostrado en la figura 84), capaz de proponer un tratamiento individualizado para cada tipo de mama.

Al final de los años 80, este concepto cambió nuestra idea de escultura del interior glandular. Empezamos a intentar a planear una nueva arquitectura, más que las simples resecciones de trozos mamarios y tracción medial.

GRUPO				%
I				14
II				02
III				02
IV				84

Figura 84. Clasificación de Bozola y la resección según la forma de la mama.

Con este diagnóstico estructural previo, seguimos la indicación de tratamiento de Bozola, que puede ser el siguiente:

- I. Simple Bajada de la mama = Colgajo pedículo inferior;
- II. Aumento del ancho de la mama = Resección del Prisma;
- III. Aumento del largo de la mama = Resección de la Base;
- IV. Aumento del ancho y largo de la mama = Resección de Prisma y Base.

El dibujo exterior de Bozola está demostrado en la figura 87. Él sirvió de base en nuestro desarrollo, pero no es lo que utilizamos hoy en día.

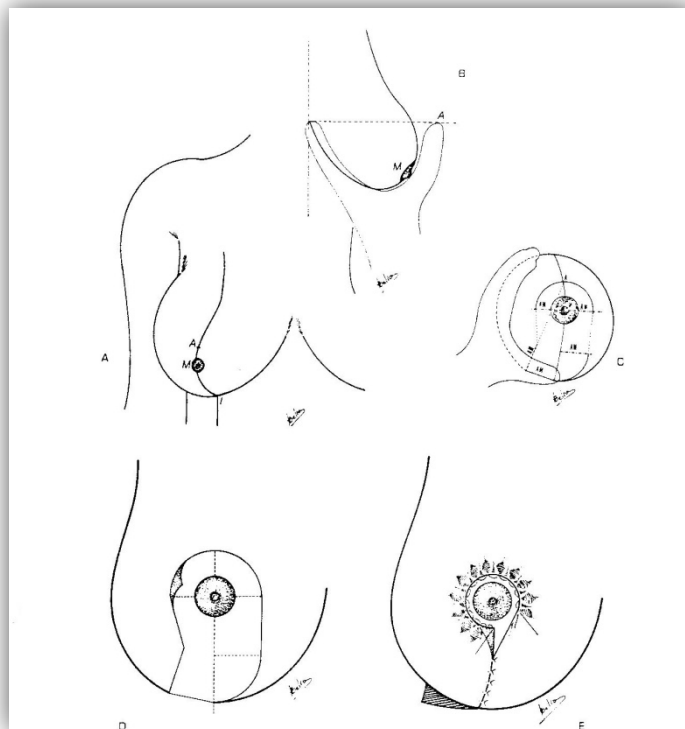


Figura 85. Ilustración del dibujo exterior de Bozola.

Cuando conocimos los dibujos de Chiari⁵⁷, empezamos a estudiar el concepto de hacer el dibujo preoperatorio en el tejido que permanecerá en la paciente y no al que salía a incineración. Para esto el autor preconizaba medidas torácicas individuales, como demuestran las figuras 86 a 90.

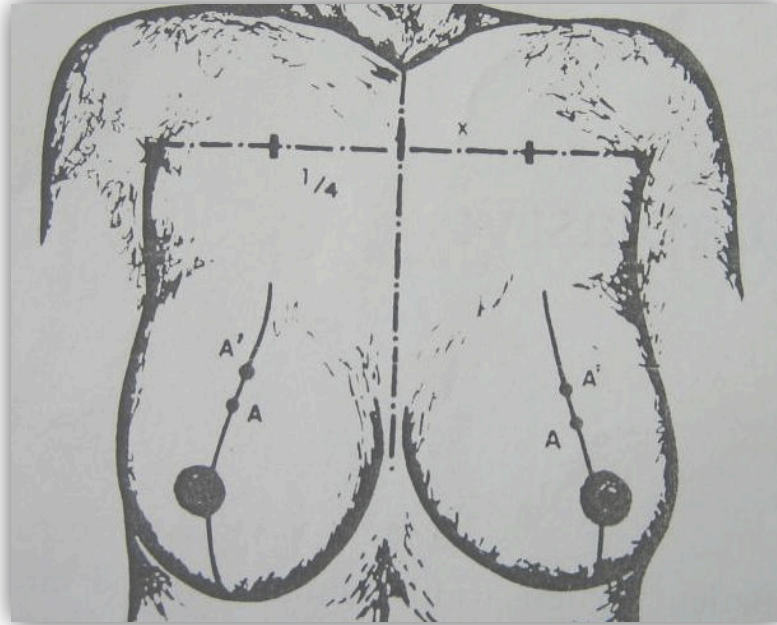


Figura 86. Dibujo exterior de Chiari. La distancia L y la X (L/4).
Sigue el talle del tórax y no medidas pre determinadas.

En nuestras manos, este dibujo generó padrones y simplifico la ejecución del acto operatorio.

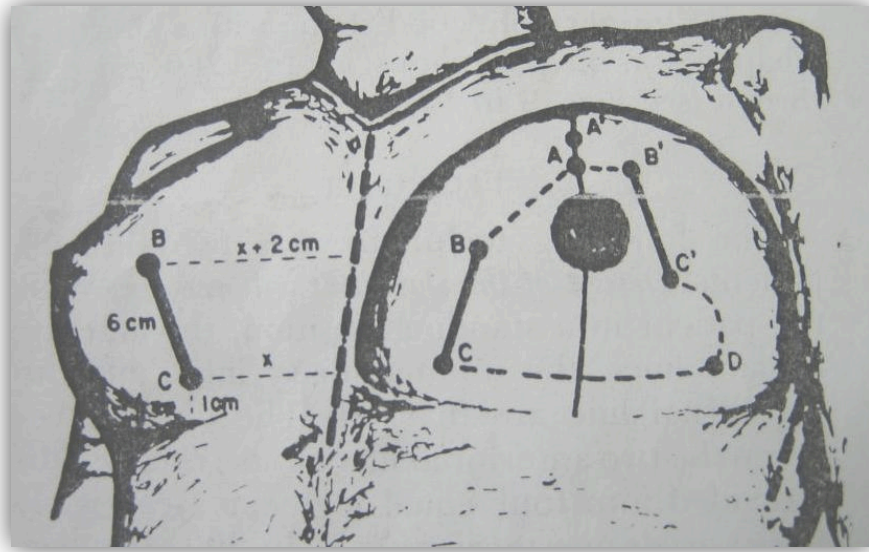


Figura 87. Continuación del dibujo exterior inicial de Chiari. Los puntos A, A', B, B', C, C' y D.

Este dibujo fue cambiado por el autor de la técnica, que lo calificó de resección exagerada. En un curso de enseñanza de su técnica en 1993, hacía comparaciones de dibujos del propio Chiari y de los participantes del curso. La conclusión fue de mantener la parte mediana del dibujo, con sus puntos A-B-C y cambiar la línea B'-C', que anteriormente distaba $X+4$ del plan axilar anterior y 1 cm abajo del plan A (el Punto B') y $X+2$ en el punto C' (Figura 88).

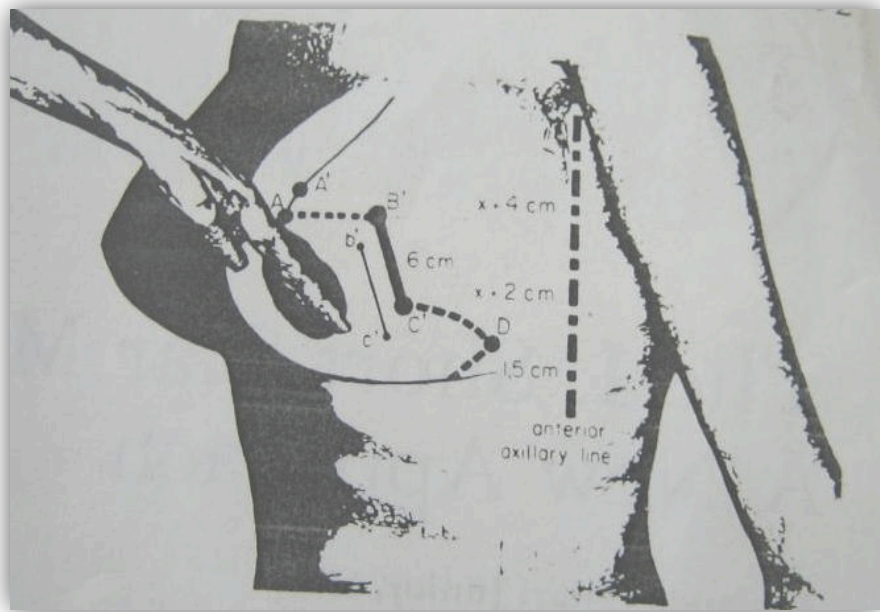


Figura 88. Dibujo exterior de Chiari. Marcación lateral antigua.

La nueva línea B' - C' empezaba a ser hecha por un estudio dinámico personal, con la ayuda de una tracción con los dedos del cirujano, con orientación al centro del tórax. De la parte lateral de la mama, hacia la región medial.

Para esto, debajo de la mama, marcamos un punto con la distancia "X" desde la línea medio esternal, en las mamas más grandes. Para mamas más pequeñas la dirección era del punto C hasta el C'. Figura 89.

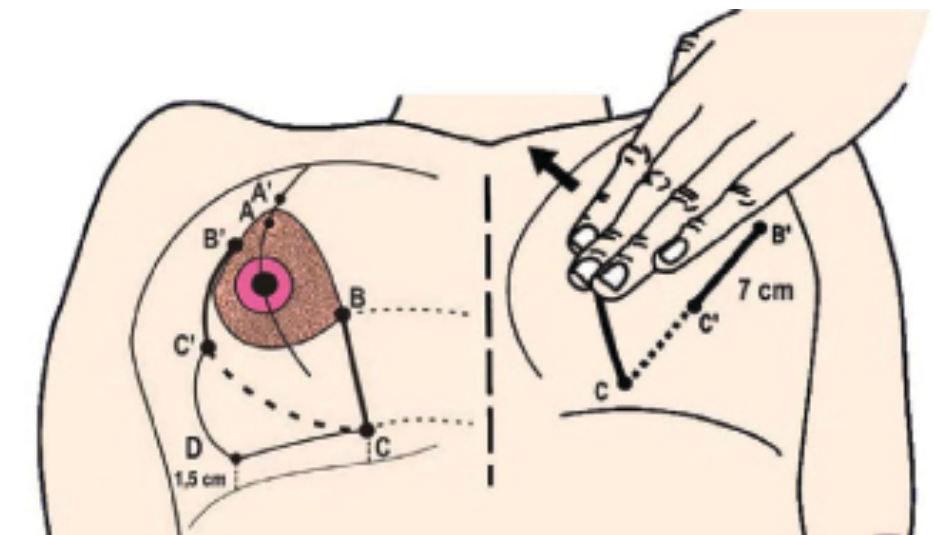


Figura 89. Dibujo exterior de Chiari modificado. Demostración de la tracción medial.

Este cambio en el dibujo original propuesto por Dr. Chiari nos pareció recordar a Dr. Peixoto⁵³ y a sus evaluaciones dinámicas del planeamiento operatorio. Figura 89 y 90.

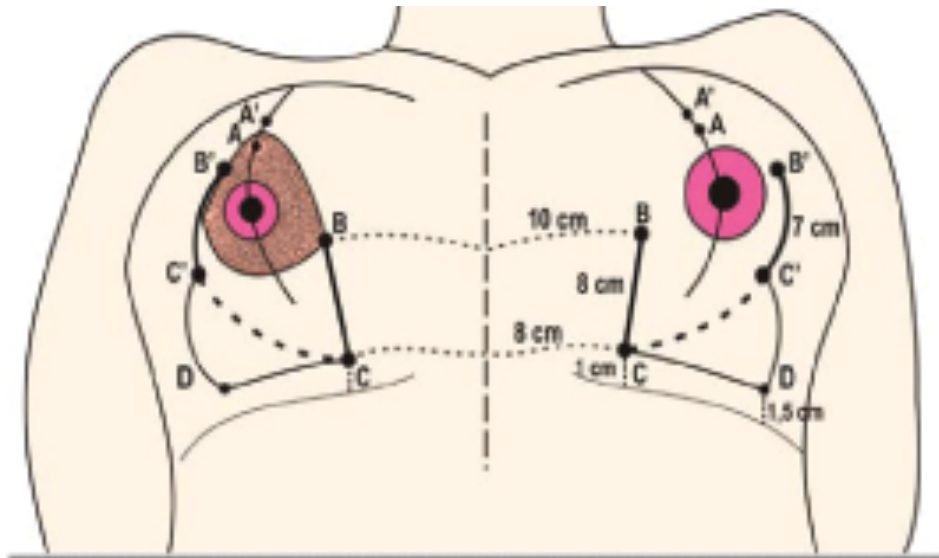


Figura 90. Término del dibujo actual propuesto por Chiari.

La gran contribución de nuestro estudio, si así se puede decir, es añadir a los dibujos de Chiari en la piel la Clasificación de Bozola para el tratamiento de la arquitectura interior. Esta filosofía resultó en un proceso evolutivo desde el inicio de la utilización de la técnica de Chiari (en 1996) hasta hoy en día. Eso nos permitió indicar la técnica en L para mamas grandes y más bajas que anteriormente. Esta combinación de métodos permite lo que no es posible con cada una de ellas de manera aislada.

Para esa evolución, desde las Mastoplastias oblicuas, pasando a la "L", ascensos del pezón variados, los aciertos y errores de estos autores, así como los nuestros, conducirán el sentido de nuestras elucubraciones hasta la fecha actual.

Los cirujanos en Brasil dicen que les gustaría hacer el dibujo de Chiari, pero no lo hacen porque piensan que es complicado. Esto es un equívoco, pues el dibujo es fácil y ahorra tiempo en el transoperatorio.

Seguramente pasamos por una gran curva de aprendizaje. Incluso después de 22 años pensando en el asunto, aún continuamos aprendiendo, como si la búsqueda nunca terminara.

Preconceptos, tradición o dificultades técnicas en la curva de aprendizaje, hacen con que gran parte de los cirujanos aún preconice la "T", rechazando técnicas con cicatrices más cortas.

Hoy en día, consideramos utilizar las técnicas en "T invertido" solamente para las Mamas Gigantes⁶⁵ (más de 3 Kilos en cada mama) o en bajadas muy largas (debajo del ombligo). En esos casos, utilizamos la técnica de Pitanguy¹³ en "T invertido", pero con padrón Wise¹². Eso puede ser visto en la Figura 91.



Figura 91: Ejemplo de paciente presentando Gigantomastia y la marcación de la técnica en “T” con padrón Wise¹² y colgajo V de Lyacir³¹.

Seguramente la “T” invertida es excepcional y ha ayudado a un gran número de pacientes. Por esto y por sus buenos resultados, hay un cierto rechazo a desarrollar otros métodos, incluso también para acortar cicatrices. Sin embargo, el propio Pitanguy, en su técnica conocida como Arie-Pitanguy¹³, desarrolló un método sin cicatrices en el surco submamario, pero con indicaciones solamente para pequeñas reducciones.

Seguimos desarrollando las reflexiones del trabajo de Bozola, que en 1982 creaba su dibujo; Aprovechando el punto A de Pitanguy; clasificando la bajada de las mamas y proponiendo un diagnóstico de anatomía anómala, intentando tratar el órgano específicamente bajo este diagnóstico.

Por eso, en principio indicábamos la T, cuando la distancia A-M era más larga que 6 centímetros⁵¹. Hoy, asociando los cambios de ángulos de resección (que veremos más adelante) de la base y el *round block*⁵⁵, minoramos el valor de esta distancia, indicando la T solamente para Gigantomastias Verdaderas⁶⁵ o extremas.

Otro dato que hay que considerar es el concepto de tratar una arquitectura de manera equivocada para nuestros padrones estéticos.

Tratar la estructura interna y no solamente apretar el contenido bajo tensión en la piel me atraía mucho⁵³.

Los dibujos de Chiari parecían adaptarse a ese cambio de concepto o filosofía, ya que valoriza los tejidos que permanecen y no los que salen. Es decir, pasar a valorar los tejidos que quedan en la paciente, al revés de una mama dismórfica, que sigue al examen anatomo

patológico, - o sea: la pieza operatoria va al basurero y la mujer lleva las mamas para toda su vida.

Los seres humanos son distintos en sus deseos, dolores, gustos y actitudes frente a la vida, y así es con las mamas. Rara es la gente que tiene las mamas simétricas. El dibujo de Chiari se mostraba especialmente bueno en las asimetrías, comparado a otras técnicas.

Esa idea primordial de basarse en las marcaciones exteriores, dejaba el interior del dibujo distinto de una a la otra mama. Así que la piel del exterior del tórax, era semejante al tejido del lado opuesto. Creemos que con esto, se pueden mejorar asimetrías, corroborado por otros autores seguidores de Chiari como Sodré⁶⁶, McCulley y Rousseau⁶².

La resección se basaba, en la confección de pilares pre programados con el dibujo exterior.

La rotación del pilar lateral hacia el centro, con un movimiento inferior y medial, proporciona un polo superior con una proyección efectiva y de simple ejecución, como difícilmente es posible con otra técnica.

El tiempo operatorio también disminuye por el dibujo hecho con medidas más justas, ayudados por pequeños ajustes per operatorios. El ahorro de tiempo per operatorio es importante para disminuir el trauma quirúrgico y permite que la técnica sea hecha con anestesia local y sedación, simplificando el acto quirúrgico. Así, las pacientes se despiertan sin dolor, llevando a una bajada de los niveles del límite de despolarización neuronal y consecuente bajada de sensibilidad del dolor en el Sistema Nervoso Central⁷⁰. Cuanto más pequeño el estímulo local, más pequeño el estímulo central y una consecuente, más pequeña sensibilidad dolorosa en el postoperatorio inmediato y confort.

La infiltración con la solución anestésica, además de sus propiedades anestésicas, proporciona a una disminución de sangrado, debido a adrenalina y a obtención de un mejor plan quirúrgico por la disección hídrica que proporciona.

Esos detalles asociados al planteamiento previo y correcta identificación de los planos operatorios, llevan a muchas ventajas como: el tiempo quirúrgico más corto, consecuente disminución de su trauma, sangrados, edemas y equimosis.

La cantidad de medicaciones ha disminuido por lo menos a la mitad y sus posibles intolerancias personales.

Planos quirúrgicos bien efectuados y correctamente infiltrados con la solución anestésica, llevan a un recorrido tranquilo por el plan quirúrgico.

Aunque se tarde un poco más en los dibujos en el preoperatorio, la cirugía es mucho más rápida y menos traumática.

Siguiendo en esa curva de aprendizaje, empezamos a indicar la técnica combinada (Chiari en el exterior y Bozola en el interior) para mamas cada vez más grandes.

La disminución de las mamas sigue conforme el diagnóstico por la clasificación de Bozola⁵⁵ y sus experimentos, así como las evoluciones del pensamiento de Peixoto⁵³ y la aproximación de las pirámides formadas en el hueco dejado por la resección. Todo esto proporciona, en nuestro punto de vista, un cono agradable y sin tensiones exageradas.

Evitamos el exceso de puntos interiores, haciendo sólo lo justo para evitar reacciones inflamatorias exageradas en el postoperatorio. Creemos que si no planeamos bien el dibujo, con las resecciones y su buena relación del continente (la piel) y el contenido (el interior de la mama), los puntos fuertes o en gran cantidad, no aguantarán un aumento de tensión en la piel.

De los 3 días de ingreso en el hospital al principio, pasamos a 8 horas.

Los costes han bajado, aumentando la posibilidad de tratamiento a un número mayor de personas.

En las técnicas tradicionales para el tratamiento de las mamas grandes, existe la dificultad en subir el pezón al término del procedimiento, ya que en estas, los puntos “B” y “C” son simplemente tirados hasta el surco submamario, pero hay que recordar que en general, en mamas muy largas la ptosis preoperatoria es más evidente.

En la técnica estudiada, es posible planear ya en el dibujo preoperatorio un colgajo que será hecho al mismo tiempo de la resección, facilitando la subida del pezón con seguridad y acortando el tiempo operatorio.

Así es que, para la ascensión del pezón, priorizamos el Colgajo de Pedículo Superior y Medial, descrito por Silveira Netto en 1976³⁷. Estos sirven muy bien a la mayoría de nuestras pacientes. Demostración en las Figuras 92 y 93.

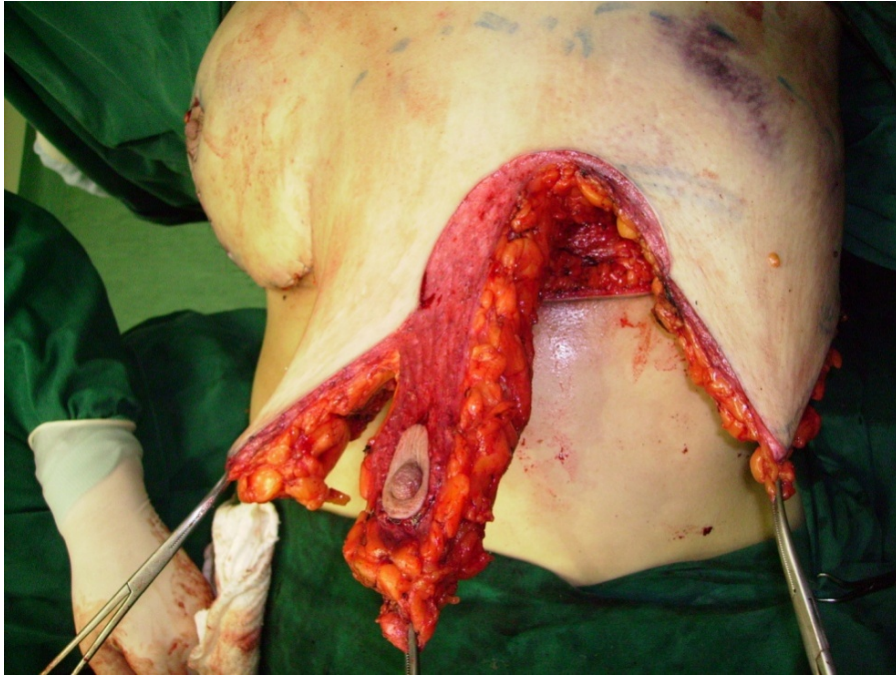


Figura 92: Colgajo del pezón de pedículo Superior y Medial, aquí empleada en una técnica en T con padrón de Wise.

Este colgajo de rotación medial basa su vascularización en ramos perforantes de la región torácica antero-medial.

De simple ejecución, se puede cambiar su grosor si queremos, así como su longitud y anchura.

Se puede quitar más de un lado que de otro, haciendo pequeños arreglos, para el cambio de talla y la simetrización de volumen de los conos.

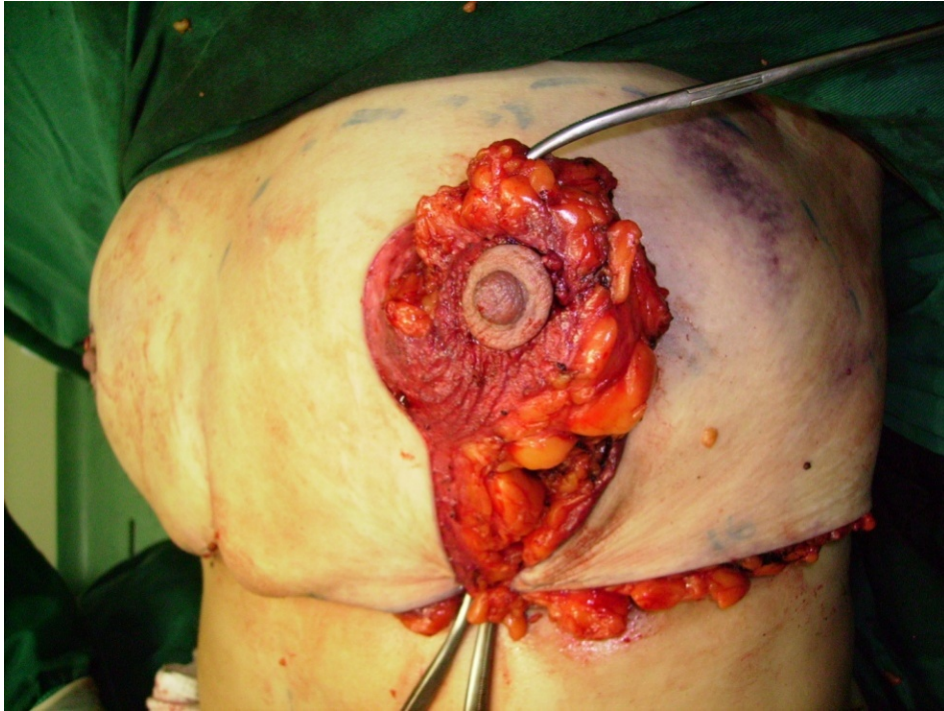


Figura 93: Rotación del colgajo del pezón hacia arriba.

Se observa que los problemas de vascularización del pezón ocurren más como resultado de su mal planteamiento. Esto suele ocurrir si el colgajo queda muy apretado, hay torsiones exageradas, o por destrucción del aporte sanguíneo, cuando se saca demasiado tejido y vascularización.

Colgajos muy largos, pueden crear muchos giros y torsiones que pueden obliterar primeramente las venas y en segundo lugar las arterias, que por su más grande tensión intravascular, mantienen el flujo por más tiempo, a pesar de las circunstancias.

Colgajos muy gruesos, si se quedan apretados en su nuevo sitio, pueden obliterar las arterias también.

Por tanto los colgajos del pezón no deben ser ni demasiado gruesos o delgados, ni demasíadamente amplios, tampoco apretados en el interior, como demuestran las Figuras 94 y 95.

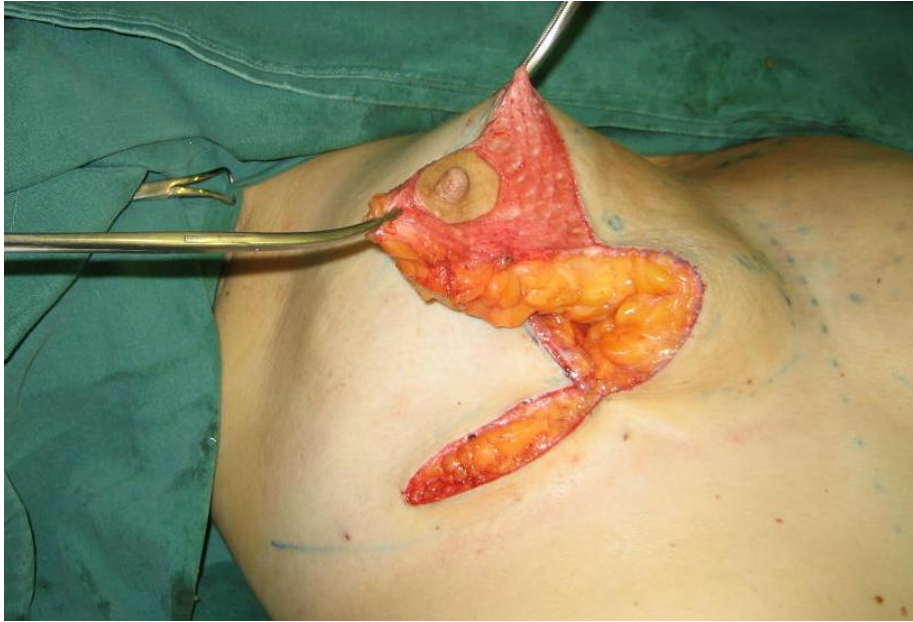


Figura 94. Colgajo superior y medial en la L, donde hubo la dehiscencia del lado contra lateral.



Figura 95. Ascensión del colgajo del pezón durante la cirugía, simple y sin tensiones. La distancia de la horquilla esternal hasta el pezón en el preoperatorio era de 32 centímetros.

Cuando la bajada del pezón es demasiado amplia, optamos por el colgajo de base inferior incluso con pezón y raramente indicamos auto-injerto.

Ese colgajo también es conocido como colgajo de pedículo inferior areolado de Liacyr Ribeiro³¹ y está ilustrado en las figuras 96 a 98.

Creemos que con la "L" es mucho más fácil la subida del CAM, además de resultar en una tensión menor que en la "T". Esto se debe en parte por el planeamiento previo del colgajo, como la elevación espontánea del polo superior de la técnica propuesta.



Figura 96: Colgajo de pedículo inferior o *Areolado* (o número V de Liacyr).

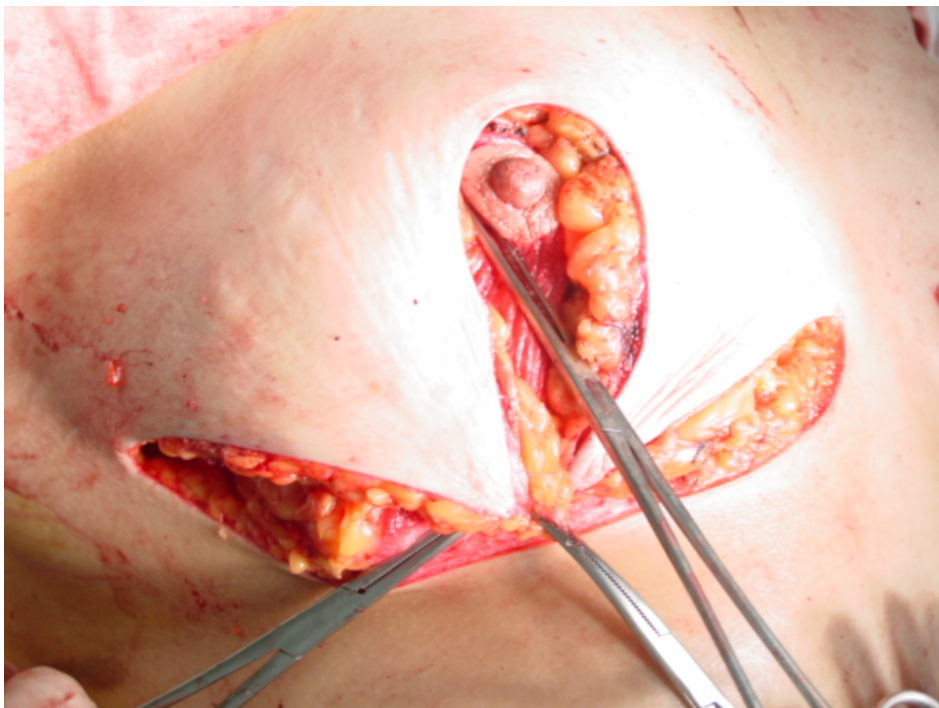


Figura 97: Ascensión hacia arriba del colgajo de pedículo inferior

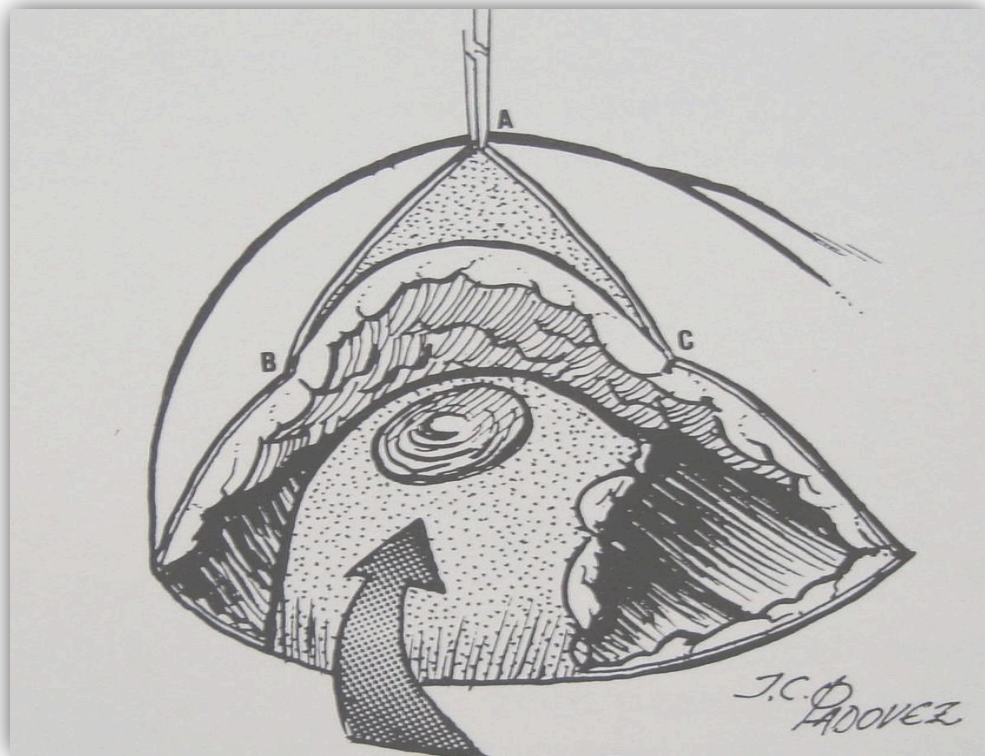


Figura 98. Ilustración del colgajo de pedículo inferior areolado (V de Liacyr).

Lyacir³¹ indicaba ese colgajo en los casos de verdaderas Gigantomastias⁶⁵, más de 1500 gramos de resección de cada lado y con cicatrices en T.

Nosotros lo hemos utilizado tanto en mamas en T como en L, siempre que la bajada de la mama es muy grande, ya que tiene la ventaja de subir directo y sin torsiones hasta el destino, además es muy rápido y sencillo.

Esto porque, en mamas muy bajas, el colgajo de base inferior es más corto, ya que el pezón está más abajo que arriba.

En la figura de abajo (99) podemos comprobar que: cuanto más bajo el pezón, más larga la línea roja, y más corta la línea azul. Al revés, cuanto más alta la mama, más larga la línea azul, indicando las proporciones de distancias más seguras para la indicación de un colgajo.

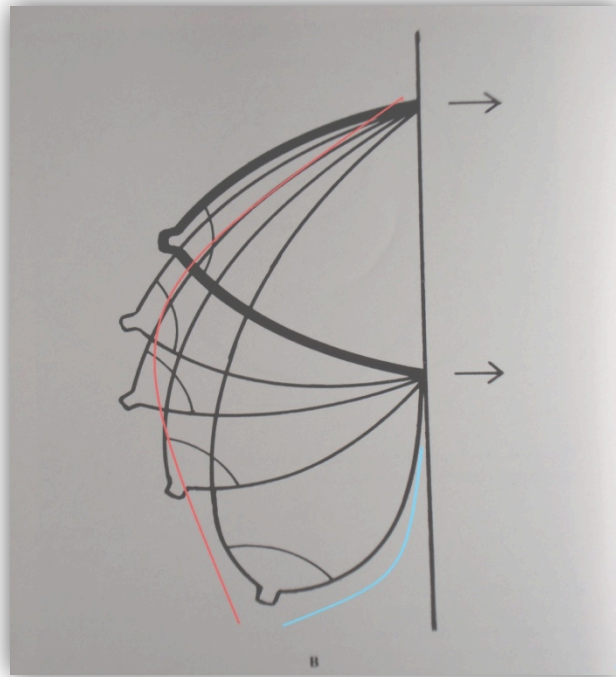


Figura 99. Figura ilustrativa del grado de ptosis mamaria y su correlación con las distancias desde el pedículo vascular hasta el pezón, facilitando la decisión del tipo de pedículo de pezón para ser utilizado (superior o inferior). Recuerde seguridad de largo de colgajos y la clásica proporción 3:1.

La sensibilidad de mamas más grandes en el postoperatorio es del 90 % de los casos igual o mejor que antes de la cirugía⁶⁴.

Otra posibilidad es el Colgajo de Seguridad de Liacyr³¹, conocido por colgajo I, muy útil, especialmente en mamas muy laxas. Capaz de implementar una proyección cuando es necesario, o ser sacado si no hace falta. Está ilustrado en las Figuras 100 hasta 110.

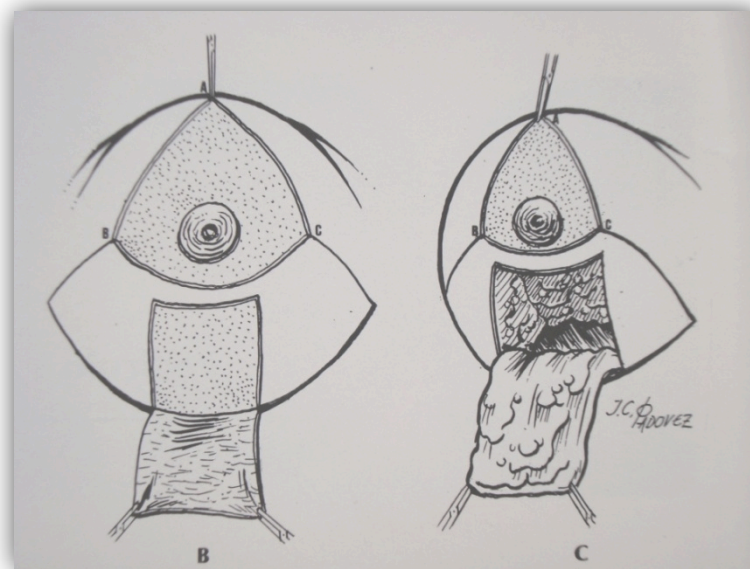


Figura 100. Ilustración del Colgajo I de Liacyr Ribeiro (de seguridad).

Otra táctica quirúrgica que utilizamos es el *round block*⁵⁶, cuando hay laxitud exagerada de la piel. Pequeños arreglos también pueden ser hechos, poniendo el complejo más medial o lateral.

A continuación demostramos un caso de paciente donde se utilizó el colgajo I de Liacyr (seguridad) para dar proyección y el *round block*. Figuras 101 a 107.



Figura 101. Destacado descenso de las mamas después del adelgazamiento de 60 kilos (post Gastroplastia).



Figura 102. Misma paciente en perfil.



Figura 103. Mismo paciente en decúbito, demostrando laxitud.



Figura 104. Detalle del Pedículo de Seguridad (I) para mejorar la proyección mamaria en este caso.



Figura 105. Mismo paciente al término de la cirugía. Detalle para el *Round Bloc* realizado por encima del pedículo de seguridad.



Figura 106. Misma paciente a los 27 días de postoperatorio.



Figura 107. Mirada en perfil.

Cuando es necesario, se utilizan otros colgajos, como el número II de Liacyr Ribeiro, ilustrado abajo. Figura 108 y 109.



Figura 108. Colgajo de Pedículo Superior (número II) despegado de la fascia muscular. Observamos en detalle la dermis por encima y la glándula mamaria mezclada por tejido adiposo abajo.



Figura 109. Término de la cirugía anterior.