

# MASTOPEXIA E IMPLANTE

## UN NUEVO PROCEDIMIENTO PARA EVITAR LA CICATRIZ VERTICAL



Autores:

ERNESTO A. MORETTI, (1)  
YAMIL EID CABALLERO (2)  
HERNAN PALACIOS (2)  
CAROLINA RAMACCIOTTI (2)  
DAVID CHANCHÍ GONZALEZ (2)

### Lugar de realización:

Servicio de Cirugía Plástica  
Hospital Privado Rosario  
Grupo Gamma Salud  
Facultad de Medicina  
Universidad Abierta Interamericana  
Rosario, Argentina

### Dirección:

Roca 2450  
(2000) Rosario, Argentina

**(1) Jefe del Servicio, (2) Médicos Residentes**

contacto@esteticacentrum.com.ar

### Resumen

Un nuevo procedimiento para corregir la ptosis mamaria con aumento mamario es descrito. Dicha técnica está indicada para ptosis glandular verdadera de grado mínimo a moderado.

Esta mamoplastia se basa en la incisión periareolar superior con corrección de la posición del complejo areola-pezones y la creación de un colgajo glandular de forma de trapecio superior, el cual, soporta el peso de la mama, provocando el ascenso de la glándula y reduciendo la tensión y deformidad a través de la línea de sutura areolar superior.

Se presenta una serie de 82 casos de ptosis mamaria corregidas con este procedimiento entre 2010 y 2015. En esta serie se demuestra que esta técnica produce resultados buenos, estables y con la ventaja de limitar la incisión al margen areolar, evitando la cicatriz vertical.

### Palabras claves:

Mastopexia, incisión areolar, colgajo mamario trapecial

### Summary

A new procedure of mastopexy with augmentation mammoplasty is described which is applicable to breasts with minimal and moderate true glandular ptosis.

This mammoplasty is based on a superior areolar incision to correct the nipple-areolar position and trapezoidal glandular flap that supports the weight of the suspended breast on the skin of the superior half of the breast, avoiding tension and deformities across the areolar suture line.

A series of 82 consecutive ptotic breasts and implants operated on from 2010 through 2015 with this technique is reviewed. This series shows that this technique produces consistently good and stable results with limited scars of the areolar margin only, avoiding a vertical incision.

### Key words:

Mastopexia, incisión areolar, trapezoidal breast flap

La mastoplastia ideal debe crear mamas hermosas sin evidencias de cicatrices.

Los cirujanos plásticos han logrado que en la mastoplastia de aumento sola se obtenga dicho ideal. Las incisiones son realmente pequeñas e inconspicuas. El problema acontece con las pacientes que poseen una ptosis mamaria y desean el aumento concomitante de su mama. Es allí donde se pueden ofrecer diferentes soluciones. Una de ellas es el descenso del surco submamario y colocar implantes de mayor volumen. Esto crea un efecto visual de ascenso, sin embargo, la recurrencia de la ptosis puede acontecer unos meses des-

pués debido al aumento del volumen y peso mamario. Otra solución es la mastoplastia vertical o periareolo-vertical, pero muchas veces, la cicatriz vertical no es aceptada por todas las pacientes.

Algunos procedimientos alternativos tratan de reducir las cicatrices verticales y emplean las incisiones semilunares superiores o las incisiones periareolares exclusivamente. Las desventajas de estos procedimientos son la ptosis recurrente, aplanamiento del cono mamario, arrugas periareolares, alargamiento o distorsión de complejo y cicatrices de mala calidad debido a la excesiva tensión sobre la piel.

El objetivo es presentar una técnica que posee un abordaje incisional semilunar superior junto a la creación de un colgajo glandular trapecial, de base superior, con el objeto de dar soporte y estabilidad al complejo areola-pezones y mejorar de esta forma el ascenso mamario y la cicatriz resultante.

### Marcas y Puntos Claves

El diseño y las marcas se efectúan con la paciente en posición de pie. Se marcan las líneas axilares anteriores y la línea media esternal, así como los surcos submamarios. Se procede a continuación a diseñar el abordaje semilunar superior. El complejo areola-pezones es elevado en forma externa hasta el nuevo punto deseado. Es fundamental no excederse de los 5 cm de ascenso vertical, ya que esta medida es el máximo de tolerancia para este procedimiento con relación a la nueva ubicación del complejo. De esta forma se realiza el diseño de la medialuna superior, que por supuesto, tiene relación directa al grado de ptosis y al deseo de posición futura del complejo. Esta semiluna indica el área a ser desepitelizada.

### Procedimiento Operatorio

El área es infiltrada con una solución anestésica local de lidocaína diluida al 50% en solución fisiológica (20 cc de 0,5% lidocaína (Xylocaína) con 1:100.000 epinefrina). Posteriormente se procede a la desepitelización del área dejando al dermis expuesta (FIG 1). Se procede a continuación con el decolamiento subcutáneo a nivel superior dejando la piel libre y avanzando con la disección en forma superficial 3 a 5 cm. (FIG 2).

Se continúa con la incisión del tejido mamario a nivel de la semiluna superior (3 a 4 cm.) y se avanza en sentido directo a la glándula con el objeto de llegar al plano profundo glandular, a nivel de la fascia pectoral (FIG 3). Posteriormente se talla un colgajo glandular en dirección ascendente y con dirección oblicua hacia afuera, lo cual provoca una base del colgajo del doble del tamaño de la incisión, 6 a 8 cm. de base. Esto crea un colgajo de forma de trapecio de base superior grueso, con seguridad vascular y de suficiente espesor para soportar la mitad inferior de la mama. (FIG 4).

El bolsillo para la colocación del implante se realiza a continuación, quedando a elección del cirujano el deseo de ubicación a nivel subglandular, subfascial o submuscular.

Una vez finalizada esta etapa, el cierre es la clave para efectuar la pexia mamaria y el nuevo apoyo del complejo. Se debe tomar con 2 pinzas de Allis los extremos del colgajo glandular trapecial superior y con un movimiento bidireccional, es decir, rotando el complejo hacia arriba e introduciendo el colgajo por debajo del tejido ascendido (3 a 5 cm.) se procede a la colocación de puntos de material reabsorbibles o 0 1 (PDS). Estos puntos provocan el cierre primario del bolsillo del implante y movilizan el complejo a su nueva posición (FIG 5).

Se continúa con un plano de sutura de puntos invertidos 3.0 de material reabsorbible, los cuales se colocan desde la zona desepitelizada a la dermis profunda. El cierre cutáneo se efectúa con puntos de nylon 4.0 en forma de U. De esta forma se cierra la vía de acceso cutánea. Los esparadrapos se colocan de manera que mantengan la posición nueva del complejo y sostengan la rotación de la mitad inferior de la glándula. Un brassiere o sujetador deportivo se debe emplear en forma continua durante 1 mes junto al post-operatorio correspondiente. Los primeros curativos se efectúan en la primera semana y los puntos de nylon son retirados a las 2 semanas, reiniciando la actividad deportiva a los 45 días del acto quirúrgico.

### Resultados

En nuestra serie de 82 pacientes, 1 paciente desarrolló hematoma y 3 pacientes presentaron dehiscencia de la herida superficial, sin exposición del implante. En estos casos se procedió a reintervenir a las pacientes, drenando el hematoma y cierre de la herida nuevamente en los 3 casos de dehiscencia. En ningún paciente se presentaron necrosis del colgajo o necrosis cutánea. No se observan otras complicaciones post-operatorias, obteniendo una buena forma de la mama, corrigiendo la ptosis y con una satisfactoria cicatriz semilunar superior. El seguimiento se efectuó a los 6, 12 y 24 meses, no presentando recidivas de la ptosis y mostrando satisfacción de los resultados por parte de las pacientes. Este procedimiento ha sido aplicado a pacientes con ptosis mamaria post-lactancia (FOTOS caso 1), en pacientes con asimetría mamaria (FOTOS caso 2) y en casos para recambio de implantes y en el mismo acto ascenso de las mamas (FOTOS caso 3).

### Discusión

El abordaje superior es una de las técnicas antiguas para mejorar la ptosis mamaria. Pousson (1) reportó un abordaje en 1897 efectuando la resección de un losange de piel completa de la parte superior de la mama y ascenso de la misma. Dehner (2) modificó la descripción inicial de Pousson y fijó el tejido glandular a la III costilla en 1908. En 1924, Holländer (3) fue el primero en describir el abordaje periareolar superior. En la descripción inicial se describían 2 abordajes (uno axilar y el otro periareolar), con el objeto de movilizar los tejidos profundos mamaros y suspenderlos.

En 1926, Weinhold (4) y en 1928, Noel (5), introdujeron el abordaje semilunar superior con resección del tejido cutáneo y reposición de la areola. Estas descripciones son el prototipo de la incisión semilunar superior moderna, la cual involucra la resección de la piel y la creación de una nueva posición de la areola.

Actualmente existen una gran variedad de mastopexias, algunas con modificaciones de procedimientos antiguos, combinando el armado del parénquima mamario con la elevación del complejo, como en los casos de las técnicas periareolares y las mastoplastias verticales (6-14). La calidad de la cicatriz periareolar es crucial para el buen resultado de esta técnica. Andrew y col. (15), Eröl y Spira (16), en 1980, proponen suturas verticales en la parte inferior de la glándula para dar un resultado más estable. Recientemente, Benelli (17-18), Brink (19-20) describen variaciones a la técnica "donut" o periareolar con el objeto de reducir los inconvenientes de la cicatriz periareolar usando un round-block con el objeto de reducir la tensión en la areola. Desafortunadamente, se sigue observando un sinnúmero de irregularidades y pliegues con este abordaje. Esto motiva con frecuencia la queja de las pacientes, en especial aquellas que poseen una ptosis menor junto a la colocación de un implante para aumento mamario.

El nuevo procedimiento descrito combina la antigua incisión semilunar superior con la creación inédita de un colgajo trapecial de tejido mamario, de base superior, con el objeto de evitar la cicatriz vertical y evitar los problemas de la cicatriz periareolar. Esta técnica esté indicada y es apropiada para pacientes que desean el aumento del volumen mamario con la corrección concomitante de su ptosis grado menor o moderada.

El resultado final otorga una cicatriz semilunar periareolar superior de buena calidad debido a la estabilización y disminución de la tensión de la zona provisto por el colgajo de forma de trapecio. No es aconsejable efectuarla cuando el ancho de la semiluna supera los 5 cm. debido a que provoca una distorsión importante del complejo. Las pacientes operadas han referido una importante satisfacción con el resultado obtenido, tanto en el volumen como en la nueva forma de la mama. La sensibilidad de la areola puede verse reducida temporalmente, especialmente en las pacientes que han elegido implantes

La estabilidad postoperatoria y el mantenimiento de los resultados a más de 24 meses es otra de las ventajas de este método, debido a que la pexia mamaria se apoya en un colgajo de forma de trapecio glandular evitando al tensión en la piel de la mama.

## Conclusiones

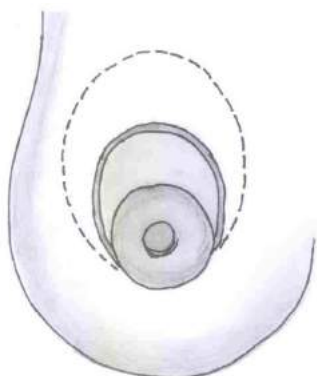
Los hallazgos obtenidos en esta serie confirman que el abordaje semilunar superior combinado con el colgajo de forma de trapecio mamario de base superior posee varias ventajas: 1- las marcas se ajustan a cada paciente dependiendo de

la ptosis mamaria verdadera mínima o moderada, 2- la piel solamente no es suficiente para sostener el tejido mamario, 3- los resultados son más duraderos debido al soporte que provoca el colgajo glandular, 4- pocas complicaciones han acontecido, 5- cicatrices limitadas al complejo, 6- el procedimiento es fácilmente realizable con escasa curva de aprendizaje.

Las mejores candidatas para esta técnica son pacientes que desean realizar una mastoplastia de aumento con corrección de su ptosis mamaria, pero que no supere dicha ptosis la distancia de 25 cm. desde el punto esternal a la distancia del pezón.

## Bibliografía

- 1- Pousson M: De mastopexie. Bull Mem Soc Chir Paris 23:507,1897.
- 2- Dehner J: Mastopexie zur Beseitigung der hängerbrust. Munch Med Wochenschr 55:1878,1908.
- 3- Holländer E: Die operation der mammahypertrophie und der hängebrust. Dtsch Med Wochenschr 50:1400,1924.
- 4- Weinhold E: Discussion zum Vortrag Küster: Operation bei Hängebrust und Hängebauch. Zentralbl Gynak 50:2581,1926.
- 5- Noël A: Aesthetische Chirurgie der weiblichen Brust: Ein neues Verfahren zur Korrektur der Hängebrust. Med Welt 2:51,1928.
- 6- Arié G: Una nueva técnica de mastoplastia. Rev latinoam Cir Plast 3:23,1957.
- 7- Dartigues L: Traitement chirurgical du prolapsus mammaire. Arch Franc-Belg Chir 28:313,1925.
- 8- Lassus C: A technique for breast reduction. Int J Surg 53:69,1970.
- 9- Lassus C: New refinements in vertical mammoplasty. Chir Plast 6:81,1981.
- 10- Lassus C: Reduction mammoplasty with short inframammary scars (letter). Plast Reconstr Surg 77:680,1987.
- 11- Lassus C: Breast reduction: Evolution of a technique. Aesthetic Plast Surg 11:107,1987.
- 12- Lejour M, Abboud M; Decléty A, Kertesz P: Réduction des cicatrices de plastic mammaire: De l'ancre courte à la verticale. Ann Chir Plast Esth 35:369,1989.
- 13- Lejour, Abboud M: Vertical mammoplasty without inframammary scar and with liposuction. Perspect Plast Surg 4(2): 67,1990.
- 14- Lejour M: Correction of breast ptosis by vertical mammoplasty. In Vertical mammoplasty and Liposuction ed. Quality Medical publishing, St. Louis, Missouri, p: 142-157,1994.
- 15- Andrews JM, Yshizuki MMA, Martins DM, Ramos RR: An areolar approach to reduction mammoplasty. Br J Plast Surg 28:166,1975.



**FIG. 1.**

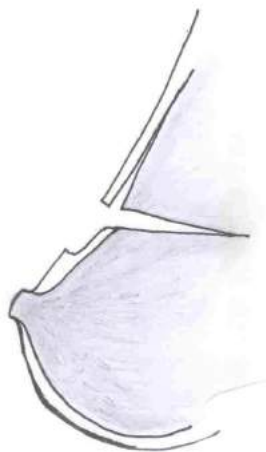
Incisión periareolar superior con desepitelización del área (zona gris) – La zona a desepitelizar se ajusta de acuerdo al grado de ptosis mamaria.

Decolamiento subcutáneo (zona línea de puntos)



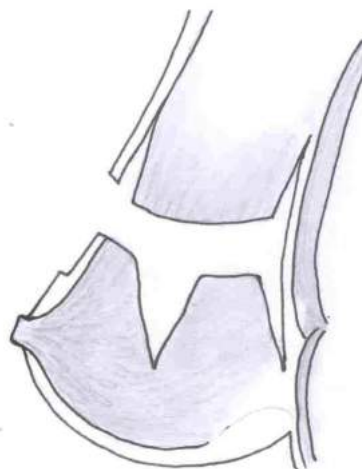
**FIG. 2.**

Decolamiento subcutáneo superior. Creación del colgajo glandular de forma de trapecio con base superior



**FIG 3.**

Diagrama lateral donde se demuestra la creación del colgajo de trapecio de base superior



**FIG. 4.**

Diagrama lateral donde se observa el corte secundario que se realiza detrás del complejo areola pezón y el bolsillo posterior para la colocación del implante mamario.



**FIG. 5.**

Diagrama final donde se imbrinca el colgajo superior por detrás del complejo areola pezón. Ascenso del complejo y cierre en nueva posición.

**Ernesto A. Moretti,**

Jefe del Servicio de Cirugía Plástica  
Hospital Privado Rosario  
Universidad Abierta Interamericana  
Roca 2450  
2000, Rosario  
República Argentina