

# Mamoplastia reductiva sin cicatriz vertical

**AUTORES:** Francisco José Escudero Nafs, Borja Masot León, Henar Nieto Ramos  
Servicio de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética - Complejo Hospitalario de Navarra  
Pamplona - España

## Introducción

La mamoplastia reductiva con cicatriz en T invertida es una de las técnicas más empleadas para el tratamiento de la hipertrofia severa y de la gigantomastia. En pacientes con vascularización deficiente de los colgajos son frecuentes las necrosis y dehiscencias pequeñas en la unión de las incisiones vertical y submamaria, que retrasan la curación. La eliminación de la cicatriz vertical es una técnica alternativa a tener en cuenta y en el presente trabajo se describe su aplicación en pacientes con volúmenes mamarios grandes, así como sus ventajas e inconvenientes.

## Material y métodos

La mamoplastia reductiva sin cicatriz vertical fue empleada en una serie de 30 pacientes con hipertrofias mamaria severas. La edad media fue de 52 años, oscilando entre 33 y 69. En 27 pacientes la reducción fue bilateral y en 3 fue unilateral. Dos de las pacientes con reducción unilateral presentaban un defecto por mastectomía de una de las mamas e hipertrofia mamaria severa en la otra, portando una prótesis externa de gran volumen para compensar la asimetría; dichas pacientes no deseaban reconstrucción mamaria y el objetivo fue reducir el volumen de la mama hipertrófica. En la otra paciente con reducción unilateral el procedimiento se realizó para mejorar la asimetría tras reconstrucción mamaria inmediata de la otra mama. La técnica empleada fue la siguiente: el marcaje preoperatorio se basa en el procedimiento de Yousif y col.<sup>1</sup>, e incluye la nueva localización del pezón a nivel del surco submamario; una línea submamaria con longitud adecuada a la reducción deseada; y un arco con un radio de alrededor de 7,5 cm debajo de la nueva localización del pezón, extendido medialmente y lateralmente hasta unirse a la nueva línea submamaria. Se realiza la reducción conservando un colgajo dermograsoglandular de base inferior, con espesor adecuado y alrededor de 8 cm de anchura, que se empleará para relleno y proyección del polo superior. El colgajo puede incorporar el complejo areola-pezón reducido de diámetro, o bien éste es extraído y preparado como injerto libre. Sobre este colgajo se avanza el colgajo superior a modo de faldón, con un espesor suficiente de tejido celular subcutáneo, siendo suturado a la incisión submamaria. Se produce un fruncido cutáneo que se resuelve en el postoperatorio. El complejo areola-pezón es exteriorizado a través de un defecto de espesor total creado en una localización adecuada del colgajo superior o, si se emplea como injerto, es suturado a un círculo desepidermizado del colgajo superior.

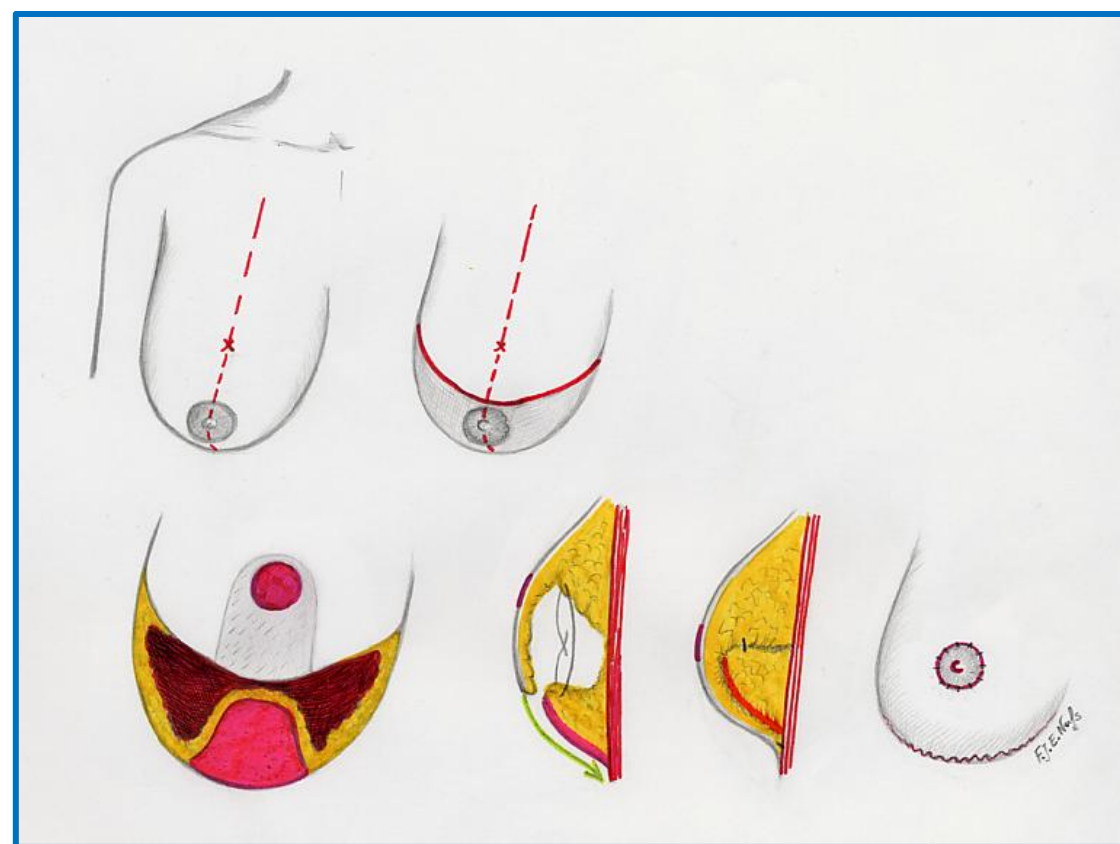
La reducción con el colgajo dermograsoglandular incorporando el complejo areola-pezón fue empleada en 19 pacientes con reducción bilateral y en la paciente con reconstrucción mamaria contralateral. La técnica de injerto libre del complejo areola-pezón fue empleada en 8 pacientes con reducción bilateral y en 2 con reducción unilateral.

## Resultados

Los resultados fueron analizados tras un período medio de seguimiento de 1,5 años, siendo satisfactorios generalmente y con pocas complicaciones. Las más comunes fueron dehiscencias de sutura de tamaño pequeño en la herida submamaria (5 casos) y hematomas moderados que no precisaron de drenaje (2 casos). La forma obtenida fue satisfactoria habitualmente, aunque en algunas pacientes persistió un exceso de llenado medial y lateral, que puede estar relacionado con la omisión de la resección cutánea central, o bien con una reducción lateral insuficiente. En las figuras se muestran pacientes en las que se realizó mamoplastia reductiva sin cicatriz vertical y con colgajo incorporando el complejo areola-pezón, mostrando los resultados al año de la intervención.

## Conclusión

Con la técnica de reducción mamaria no vertical da la impresión de que la mama no ha sido operada<sup>4,5</sup>, dado que la mujer, frente a un espejo y en visión frontal, sólo aprecia la cicatriz de la areola, ya que la submamaria es escondida en la región mamaria inferior. Otra gran ventaja es la eliminación de la morbilidad de la unión de las suturas vertical-horizontal de la T invertida. La forma resultante es satisfactoria generalmente, coincidiendo nuestra experiencia con otras revisiones clínicas<sup>4,5,6,7</sup>. Como conclusión, consideramos que la mamoplastia reductiva sin cicatriz vertical es una buena alternativa a la técnica convencional en T invertida, pudiéndose obtener resultados satisfactorios en pacientes con gran volumen mamario.



## Bibliografía

1. Yousif NJ, Larson DL, Sanger JR y col. Elimination of the vertical scar in reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1992; 89: 459-467.
2. Hinderer UT. La evolución de la cirugía plástica mamaria en la hipoplasia, ptosis e hipertrofia. *Cirugía Plástica Mamaria*. Ponencia Oficial del XXXVIII Congreso de la SECPRE. Bisbal Piazuelo J (ed.). Barcelona 2003; págs. 15-45.
3. Naffziger RT, Zook EG. Avoiding areolar distortion in drape pattern reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 2004; 114: 1671-1673.
4. Hosnuter M, Tosun Z, Kargi E y col. No-vertical-scar technique versus inverted T-scar technique in reduction mammoplasty: A two-center comparative study. *Aesth Plast Surg* 2005; 29: 1-8.
5. Lalonde DH, French R, Lalonde J. The no vertical scar breast reduction: how to delete the vertical scar of the standard T-scar breast reduction and produce an excellent breast shape. *Persp Plast Surg* 2001; 15: 103-118.
6. Marcos A, Torreira C, Hijano JC y col. Mamoplastia de reducción sin cicatriz vertical. Aplicación del principio de fruncido cutáneo transitorio en 6 casos clínicos. *Nota clínica. Cir. Plást. Iberoamericana* 2003; 29: 243-246.
7. Movassaghi K, Liao EC, Ting V y col. Eliminating the vertical scar in breast reduction - Boston modification of the Robertson technique. *Aesthetic Surg J* 2006; 26: 687-696.