



Revista Información Científica

ISSN: 1028-9933

Universidad de Ciencias Médicas Guantánamo

Jiménez Reyes, Walgener; Jiménez Reyes, William; Rodríguez Gil, Ernesto
Mastoplastia reductiva por técnica de Thorek modificada en gigantomastia
Revista Información Científica, vol. 97, núm. 1, 2018, Enero-Febrero, pp. 183-191
Universidad de Ciencias Médicas Guantánamo

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551759182021>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

INFORME DE CASO

Mastoplastia reductiva por técnica de Thorek modificada en gigantomastia

Reductive mastoplasty by modified Thorek technique in giant breasts

Walgener Jiménez Reyes, William Jiménez Reyes, Ernesto Rodríguez Gil

Universidad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba

RESUMEN

La gigantomastia es un tipo de hipertrofia mamaria cuando sobrepasa los 1500 g de volumen mamario en cada mama y su corrección se realiza con la técnica de mastoplastia reductiva. Se presentó el caso de una paciente de 42 años de edad con el diagnóstico de gigantomastia; a la cual se le practicó mastoplastia reductiva por técnica de injerto del complejo areola pezón, siendo una adaptación a la descrita por Thorek en 1922, utilizando el molde de Wise. El tejido glandular resecado fue 4 000 g en cada mama, total 8000 g, el cual fue la motivación principal de este trabajo, además, despertar el interés de los médicos al estudio de este padecimiento para el diagnóstico, y conocimiento de este tratamiento. Se obtuvo buen resultado estético y satisfacción de la paciente.

Palabras clave: gigantomastia; mastoplastia reductiva; hipertrofia mamaria; técnica de Thorek

ABSTRACT

Gigantomasty is a kind of mammary hypertrophy when it surpasses the 1 500 g of mammary volume in each mamma and its correction is made with the mastoplasty reductive's technique. It is presented a case of a 42-year-old patient with a diagnosis of giant breasts; was applied reductive mastoplasty by graft technique of the nipple areola complex, being an adaptation to the one described by Thorek in 1922, using the Wise mold. The gland tissue was resected 4 000 grams in each breast, total 8 000 grams, which was the main motivation of this work, in addition, to obtain the interest of doctors to study this condition for diagnosis and knowledge of this treatment. A good aesthetic result and patient satisfaction were obtained.

Keywords: giant breast; reductive mastoplasty; mammary hypertrophy; Thorek's technique

INTRODUCCIÓN

Las mamas son uno de los elementos más importantes de la belleza femenina, símbolo de sexualidad humana, emblema de la maternidad y zona erógena por excelencia. Las mamas han tenido un papel muy importante en la imagen femenina a través de las diferentes épocas. En las más remotas fue relacionada con la fertilidad, pero la actual exige una mama de forma y tamaño variable de acuerdo con las circunstancias.¹

La mastoplastia reductiva elimina tanto volumen como piel del seno, reduciendo el peso y levantando todo el tejido mamario junto con el complejo areola pezón a fin de reafirmar el seno. La mayoría de las mujeres que buscan este procedimiento se quejan de dolor en la espalda, hombros y cuello, refieren dificultad al vestirse, y disminución en su autoestima por no aceptación de su apariencia.

Es una cirugía compleja y está indicada en casos de mamas muy voluminosas que limiten la movilidad o afecten a los hábitos posturales de la paciente. La hipertrofia mamaria llama la atención de los cirujanos plásticos por su gran incidencia, importancia física y psicológica, según el volumen mamario extraído puede ser: hipertrofia mamaria ligera: hasta 300 g, hipertrofia mamaria moderada: 300 a 700 g, hipertrofia mamaria grande: 700 a 1 200 g y gigantomastia: más de 1 200 g.²

Para conseguir este propósito Thorek en 1922 fue el primero en recomendar una resección radical de los senos gigantes, con un trasplante del complejo areola pezón. La técnica de Thorek ha llegado a ser la técnica más utilizada en aquellos casos en que está indicado el trasplante libre del complejo areola pezón y da resultados satisfactorios en pacientes de mayor edad. La técnica expuesta es una modificación a la técnica de Thorek, se basa en los principios de la despitelización de Schwartzmann y en la utilización para el marcaje según el molde de Wise.³

Posteriormente se han presentado algunas modificaciones a estas últimas técnicas, tendientes a simplificar más los procedimientos, y principalmente a hacer las cicatrices resultantes menos aparentes.⁴

La técnica descrita a pesar de ser tan antigua no deja de ser la adecuada pues es conveniente cuando se realiza una resección demasiado amplia que afecta la circulación por medio de pedículos.

El propósito de este trabajo es mostrar la mastoplastia reductiva por técnica Thorek modificada, en gigantomastia marcada como el tratamiento ideal para corregir el tamaño gigante de la mama.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de sexo femenino, 42 años de edad, obesa, con el diagnóstico de gigantomastia, a la cual se le practicó mastoplastia reductiva con la técnica de injerto de complejo areola pezón por técnica de Thorek modificada. Solicita la reducción a una talla más cómoda para aliviar el dolor de espalda, el acanalamiento en los hombros por los tirantes del sostén y la constante humedad debajo de sus mamas. Tiene un hijo adolescente y no planea tener más hijos. Debido al gran volumen de la mama, la edad de la paciente (mayor de 40 años), consideraciones funcionales y la distancia requerida para la transferencia de pedículos, fue seleccionada esta técnica.

Plan quirúrgico

- Marcaje preoperatorio con molde de Wise, para delinear el futuro sitio del complejo areola pezón (Figura 1).



Figura 1. Marcaje preoperatorio.

- Resección del parénquima central, inferior, medial y lateralmente.
- Desepitelización del sitio aureolar a nivel de la posición apropiada (Figura 2)



Figura 2. Desepitelización del sitio arelar.

- Siembra del complejo areola pezón como injerto y sutura de este en el área despitelizada, el cual es asegurado con apósito atado (Figuras 3 y 4).



Figura 3. Injerto del complejo areola pezón.



Figura 4. Colocación de apósito atado.

- Cierre de la mama medial y lateralmente hacia el centro (Figura 4)

Se obtuvieron muy buenos resultados y nulas complicaciones, corrigiendo el grado de ptosis (Figura 5), con uso en la gigantomastia, proporcionando un volumen, forma y simetría adecuada.



Figura 5. Posoperatorio a los 6 meses.

DISCUSIÓN

En este caso la paciente termina la etapa reproductiva, especificidad a tener en cuenta, pues es más recomendable en esta edad debido a la pérdida de la sensibilidad, erección del pezón y lactancia, especialmente cuando los pedículos que nutren el complejo aureola pezón sea mayor de 16 cm ya que se corre el riesgo de necrosis por torsión y falta de riego sanguíneo, coincidiendo con otros autores.^{5,6} Sin embargo existen otros que consideran que la técnica puede ser aplicable a cualquier edad.⁷⁻¹⁰

Las pacientes requieren este tipo de cirugía por distintas razones. Comúnmente manifiestan dificultades para realizar ejercicio físico, irritación crónica en el surco submamario, trastornos de columna vertebral, dolores de espalda o malestar psicológico que provoca el excesivo volumen mamario.

Con el uso de la técnica, resecamos volúmenes de 4 000 g en cada mama, la cual tenían una hipertrofia mamaria del tipo de: gigantomastia.

Existen reportes sobre el tratamiento quirúrgico con esta técnica en los cuales se resecaron volúmenes mamarios en cada mama de más de 5000 g.⁷⁻¹¹

En relación con los resultados estéticos de la técnica fueron buenos, lo que demuestra la eficacia y seguridad de esta técnica en la gigantomastia, ya que mejoran las molestias físicas, imagen corporal y la confianza en sí mismas de las pacientes. Muchas son las bibliografías que coinciden con buenos resultados estéticos.^{11,12}

No se encontraron trabajos bibliográficos que consideraran como malos los resultados estéticos de la técnica. Existe la posibilidad de complicaciones, comunes a cualquier otro procedimiento quirúrgico: la aparición de hematomas, seromas, infección, cicatrices inestéticas, necrosis grasas.

En todas las literaturas informadas, luego de la cirugía de reducción con esta técnica de injerto, aparecen alteraciones de la sensibilidad del complejo aureola pezón definitivas, así como también dificultad para el amamantamiento, pero estas no son complicaciones de la técnica, sino la evolución normal de esta, aunque sí lo es de las mastoplastias de reducción con trasposición del complejo areola pezón.^{5,12}

Debe tener presente que las personas obesas tienen una incidencia más alta de complicaciones en comparación con aquellas que no tienen obesidad, aunque la paciente era obesa no tuvimos complicaciones.

A la hora de evaluar la satisfacción personal de la paciente luego de la realización de dicha técnica quirúrgica, la paciente quedó satisfecha.

La imagen corporal es un concepto único, y lo que una paciente ve no es necesariamente lo que el cirujano ve. Por lo tanto, es de suma importancia que el paciente conozca muy bien las expectativas del procedimiento a que va a someterse, conozca las limitaciones del mismo, y discuta plenamente cualquier duda o preocupación que pudiera tener en relación al procedimiento. En este caso tuvimos una satisfacción personal de la paciente relacionada con su expectativa.

Coincidiendo con lo informado por otros trabajos internacionales, en que la mayoría estuvieron satisfechas en cuanto al volumen y contorno,

superando la preocupación por las cicatrices residuales, la pérdida de la sensibilidad del complejo aureola pezón definitivo, así como también dificultad para el amamantamiento.¹⁻³

A pesar de no ser una técnica novedosa la técnica modificada de Thorekes la adecuada como tratamiento quirúrgico en pacientes con gigantomastias marcadas, pues se puede resecar volumen de tejido mamario en cada mama de 4 000 g y evita comprometer la circulación al complejo aureola pezón al doblarse el pedículo, cuando los pedículos sean muy largos en casos que se utilicen técnicas pediculadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fisher J, Kent K. Reduction mammoplasty history. En: Neligan. Plast Reconstr Surg. USA: Elsevier; 2013. p. 153–162.
2. Mehdi NA. Mamoplastia de reducción vertical. En: Coiffman. Texto de cirugía plástica, reconstructiva y estética. 3ed. t.IV. Venezuela: AMOLCA; 2009. p. 2895–2909.
3. Mey A De, Lejour M. Plastias mamarias por hipertrofia y ptosis. En: Enciclopedia Médico Quirúrgica Cirugía Plástica. París: Elsevier; 2002. p. 1–10. Disponible en: <http://www.elsevier.fr>
4. Dieppa Ramírez OA, Alba Matos E. Impacto de la mastoplastia reductiva con técnicas de mínima incisión. Las Tunas, 2008-2010. Rev Electr Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet].2013 [citado 4 oct 2017]; 38(3): [aprox. 22 p.]. Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/575>
5. Botti G. Mamoplastia de reductiva con injerto de complejo areola pezón (Thorek). En: Giovanni Botti. Texto de Mastoplastia Estética. Italia: See Firenze; 2013. p. 408–423.
6. Günther Mangelsdorff G, Deichler FV, García Huidobro MA, Enríquez E, Israel G, Pesqueira MT. Validación de un instrumento para evaluar calidad de vida asociada a hipertrofia mamaria en mujeres chilenas. Rev Méd Chile [Internet]. Sep 2013 [citado 2 feb 2017]; 141(9): 1143-1149. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v141n9/art06.pdf>
7. Stefan DE, Cuevas P, Calderón ME, Vergara JI, Soto F. Influencia de la apariencia de las mamas en la calidad de vida. Diferencias entre población preoperatoria de mamoplastia de reducción y población control. Rev Chil Cir [Internet].abr 2014 [citado 2 feb 2017];66(2): 142-145. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchcir/v66n2/art08.pdf>
8. Zaldívar Ochoa JR. Hipertrofia mamaria virginal en una adolescente. MEDISAN [Internet]. 2011 [citado 4 oct 2017]; 15(9):1305.

- Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol15_9_11/san15911.pdf
9. Taboada Suarez A, Brea García, González Álvarez E, Couto González I B. Grado de satisfacción tras Cirugía de Hipertrofia mamaria severa. Cir Plást Iberolatinoam. Madrid [Internet].2010 [citado 4 oct 2017]; 36(1):13-18. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v36n1/original2.pdf>
 10. Hernanz de la Fuentes F, Gómez Fleitas M. Mamoplastia oncoterapéutica. Una opción adecuada en la paciente con cáncer de mama y Gigantomastia. Cir Esp [Internet] 2007 [citado 4 oct 2017]; 82(1):46-9. DOI: 10.1016/S0009-739X(07)71662-7.
 11. Pérez Hera F, Castillo Calderón GJ, Rivera Companioni L. La cirugía reductora mamaria con anestesia local infiltrativa. MEDICIEGO [Internet] 2012 [citado 4 oct 2017]; 18 (supl 1): [aprox. 18 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2012/mdcs121k.pdf>
 12. Spear S, Jespersen M. Breast reduction with the free nipple grafttechnique. En: Spear SL. Surgery of the breast: principles and art. 3ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p. 1156–1169.

Recibido: 24 de abril de 2017

Aprobado: 4 de octubre de 2017

Dr. Walgener Jiménez Reyes. Especialista de I Grado en Cirugía Plástica y Caumatología. Hospital General Docente “Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja”, Baracoa. Guantánamo. Cuba. **Email:** walgenerjimenezreyes@yahoo.es