



Revista Información Científica

ISSN: 1028-9933

ric@guaso.gtm.sld.cu

Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo
Cuba

Jiménez Reyes, Walgener; Rodríguez Gil, Ernesto
**Mastoplastia reductiva por técnica de McKissock
modificada, con incisión de poca extensión, cierre en L**
Revista Información Científica, vol. 96, núm. 3, 2017, Mayo-Junio, pp. 424-434
Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo
Cuba

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551764112009>

- 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

ARTÍCULO ORIGINAL

Mastoplastia reductiva por técnica de McKissock modificada, con incisión de poca extensión, cierre en L

Reductive mastoplastia for technique of Mckissock modified, with incision short-scar, close in L

Walgener Jiménez Reyes, Ernesto Rodríguez Gil

Universidad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo con la experiencia de 48 pacientes operadas durante 8 años de mastoplastia reductiva con la utilización de la técnica de McKissock modificada con cierre en L. Las pacientes tenían edades comprendidas entre los 15 y 39 años. La técnica tiene un amplio rango de indicación (hipertrofias mamarias ligeras, moderadas y grandes), extrayendo volúmenes mamarios en una mama hasta 1 200 g, obteniéndose resultados estéticos satisfactorios y mínimas complicaciones. El autor considera el uso de la técnica hasta para grandes hipertrofias, lográndose mamas con buen volumen, buena forma, simétricas, con ausencia de ptosis, estables y como aspecto novedoso una cicatriz resultante corta, de buena calidad, con ausencia de cicatriz horizontal medial, sin tensión de la piel a la sutura y en forma de L. Se pudo concluir que la técnica expuesta es una buena opción.

Palabras clave: mastoplastia reductiva; hipertrofia mamaria; cirugía estética

ABSTRACT

The technique of reductive breast reconstruction that is presented in this work is a modification of the technique of McKissock, with the purpose of characterizing the results of this surgery that was carried out a descriptive study with the experience of 48 patients operated during 8 years. The patients are between 15 and 39 years old. The technique has a wide indication range (slight, moderate and big mammary hypertrophies), extracting mammary volumes in one breast up to 1200 grams, obtaining satisfactory aesthetic results and minimum complications. The author considers the use of the technique up to big hypertrophies, achieving breast with good volume, good form, symmetrical, stable and as novel aspect and small resulting scar, of good quality, with absence of medial horizontal scar, without tension of the skin to the suture and in form of L. As a conclusion the exposed technique is a good option.

Keywords: reductive breast reconstruction; mammary hypertrophy

INTRODUCCIÓN

La mastoplastia reductiva es una intervención quirúrgica que tiene como propósito la corrección quirúrgica de la mama hipertrófica, recreando la anatomía normal de la misma, logrando de esta manera el bienestar físico y emocional de la paciente, por lo que la cirugía estética de esta región anatómica alcanzó niveles altos de popularidad en el entorno social.¹

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 1200 g y gigantomastia: más de 1 200 g.²

Las mamas grandes además de ser inestéticas e incómodas originan problemas tales como las artrosis lumbares, dolor de espalda, problemas cutáneos, etc., por lo que creemos que este problema deber ser resuelto a cualquier edad, incluso en la juventud, pues en estas edades dichos problemas son más frecuentes y doloroso.³

La mastoplastia reductiva es una de las intervenciones quirúrgicas más común dentro de las cirugías estéticas.^{1,3,4}

Ambrosio Paré, atribuye la primera mastoplastia reductiva a Paulus Aegineta y Albucasis, otros autores la atribuyen a William Durston de Inglaterra en 1669.⁵

En el siglo XX esta intervención cobra más auge con los avances de la anestesia y los cambios de la moral de la sociedad. A partir de 1960 aparecieron las técnicas basadas en el respeto a la unidad cutáneo glandular, Strombeck (1960), Pitanguy (1961), McKissock (1972), Weiner (1973), Robbins (1977), marcaron un paso importante en el desarrollo y difusión de la cirugía estética mamaria.^{2,6-8}

Otros autores han realizado técnicas con cicatrices de poca extensión, entre los que podemos citar: Hollander (1972), Elbaz (1972), Jost (1973), Meyer (1975), Ribeiro (1975), Bozola (1990), Chiari (1992).^{2,6,7,9,10}

La técnica de McKissock modificada con cierre en L es una variante en cuanto al cierre final de la herida quirúrgica, la cual dejará una cicatriz en forma de L, con prolongación lateral, a diferencia de la técnica clásica de McKissock que tiene un cierre en T invertida.

En Cuba, aunque se conocía la mastoplastia en L, fue difundida en el Congreso de Cirugía en septiembre de 1999 por la Dra. Berrocal, de origen colombiano, y actualmente se practica en todas las provincias del país, aunque no sistemáticamente.¹¹

Conociendo el resultado satisfactorio obtenido por otros autores con el uso de la técnica con cierre en L en el ámbito nacional e internacional, la alta incidencia de pacientes portadoras de hipertrofia mamaria, y por ser la mastoplastia reductiva, la cirugía más frecuente en nuestro servicio, decidimos caracterizar los resultados de esta técnica.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo con una muestra de 48 pacientes, con el diagnóstico de hipertrofia mamaria, a las cuales se les practicó mastoplastia reductiva por técnica de McKissock modificada con cierre en L, en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital General Docente "Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja" de Baracoa en el período comprendido de marzo de 2004 a marzo de 2012 para caracterizar los resultados de esta técnica.

Se confeccionó un formulario obtenido de las historias clínicas para recoger las siguientes variables: edad, tipo de hipertrofia mamaria, satisfacción personal, complicaciones y ventajas.

Técnica quirúrgica

Planificación preoperatoria de la técnica (marcación):

Con la paciente de pie. Se determina el punto medio-clavicular entre 6 y 7 cm de la horquilla esternal. Se traza una línea desde el punto medio-clavicular que pase por el pezón hasta el surco submamario a 1 cm por arriba. (Punto B).

Se determina el punto A (Figura 1) sobre la línea trazada previamente entre 17- 22 cm de la horquilla esternal. Se coloca el molde de Wise sobre la línea medio clavicular a nivel del punto A, marcando el contorno para la areola, el brazo externo mide entre 5-7 cm acorde al volumen de la mama (Punto C).

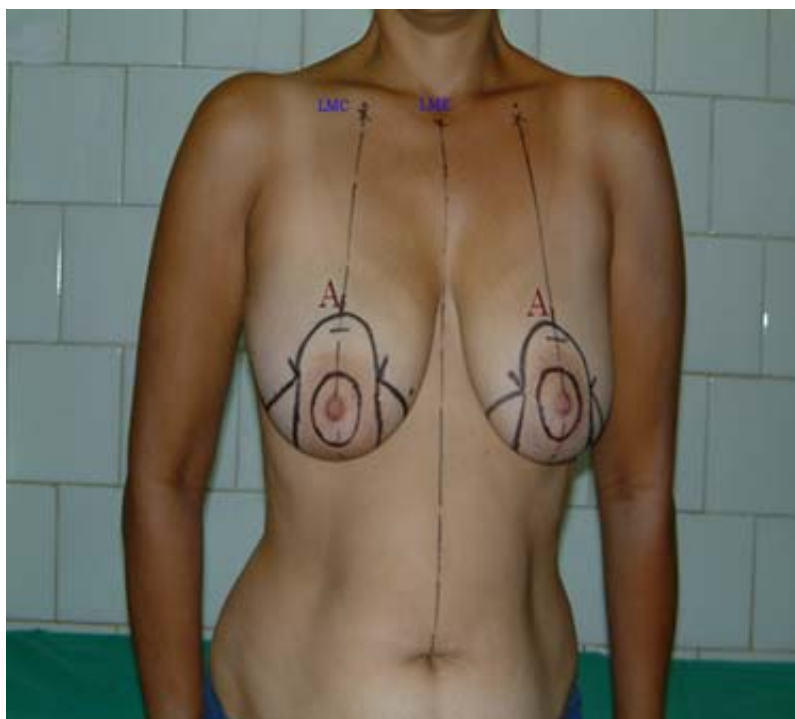


Figura 1. Determinación del punto A.

El ángulo del brazo externo del molde puede variar al realizar una maniobra bimanual que consiste en llevar el extremo de la línea trazada (Punto C) al punto en que la línea medio clavicular cruza el surco submamario (Punto B).

Se marca un punto en la parte más externa del surco submamario 2 cm por encima de esta y por dentro de la línea axilar anterior (Punto D) desde este punto se traza una línea hasta el Punto B.

Se traza una línea curva desde el extremo interno de la línea submamaria Punto B hasta el extremo interno del contorno por la areola del molde. Se traza una línea curva desde el extremo externo del molde (Punto D) al extremo externo del brazo externo del molde (Punto C).

Se traza el colgajo horizontal bipediculado que incluya la futura areola, con una base en el surco submamario de 5-6 cm y por arriba el tamaño del futuro contorno para la areola. Se marca la areola con un diámetro de 4-5 cm (Figura 2).



Figura 2. Marcación preoperatoria.

Acto quirúrgico

Paciente bajo anestesia (general, peridural alta, o local¹² con sedación). Incisión de la piel siguiendo líneas previamente marcadas. Desepitelización del colgajo bipediculado vertical.

Se resecta el tejido mamario comprendido entre las líneas del marcaje dejando delimitado el colgajo con el complejo areola pezón (Figura 3). Hemostasia. Anclaje de la areola desde su extremo superior al punto A.



Figura 3. Colgajo bipediculado vertical.

Cierre de los colgajos mamarios lateral y medial con el extremo inferior de la areola a las 6. Cierre de la areola con sutura no absorbible 4-0. Fijación del pedículo a la fascia del músculo pectoral mayor, a ambos lados, con sutura no absorbible. Afrontamiento del punto C en el punto B y cierre por planos hasta la dermis con sutura absorbible 4-0. Cierre de la piel con puntos intradérmicos con sutura absorbible 4-0. Se colocan drenajes, apósitos y vendajes. Aspecto final con cierre en L (Figura 4). Con un tiempo quirúrgico de 2 horas.



Figura 4. Aspecto final con cierre en L.

Se realizan curas diarias. El drenaje se retira a las 24 horas. Los puntos se retiran de 8 a 14 días. El seguimiento de las pacientes se hace diario durante los primeros 14 días, luego cada 15 días hasta los 3 meses y, finalmente, mensual hasta los 18 meses.

RESULTADOS

De las 48 pacientes del sexo femenino que se representan en la Tabla 1, con un rango de edades entre 15 y 39 años, el mayor número de pacientes, 28 (58.3 %) se encontraba entre los 20 y 29 años de edad, seguidos de las de 15 a 19 años con 8 (16.7 %).

Ambos grupos están constituidos por pacientes en etapa reproductiva. Predominando las hipertrofias mamarias moderadas en 24 casos (50%), seguidos de las grandes hipertrofias con 20 pacientes.

Tabla 1. Pacientes según edad y tipo de hipertrofia mamaria

Edad (años)	Hipertrofia ligera		Hipertrofia moderada		Hipertrofia grande		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
15 - 19	-	-	4	8.35	4	8.35	8	16.7
20 - 29	4	8.35	12	24.9	12	24.90	28	58.3
30 - 39	-	-	8	16.7	4	8.35	12	25.0
Total	4	8.35	24	50.0	20	41.17	48	100.0

DISCUSIÓN

Las complicaciones fueron mínimas (8.3 %), apareció cicatriz hipertrófica solo en 4 pacientes. El procedimiento deja cicatrices que con el tiempo pueden llegar a ser imperceptibles y quedan ocultas por la ropa interior. En algunos casos es necesario realizar una revisión quirúrgica posterior de la cicatriz con anestesia local.

La evaluación de la satisfacción personal, luego de la aplicación de dicha técnica, se realizó mediante preguntas no estandarizadas sobre la opinión del paciente al respecto; 48 pacientes (100 %) quedaron satisfechas y ninguna estuvo insatisfecha a pesar de las que presentaron las cicatrices hipertróficas las cuales posteriormente fueron eliminadas.

La glándula mamaria que tienen como resultado cicatrices en L invertida, donde el armado del parénquima mamario es lo fundamental, con el anclado intrínseco de la mama al tomar de forma independiente el cono glandular de su cubierta cutánea, tienen la ventaja de obtener proyección mamaria con mayor duración, por las suturas intra-glandulares a la fascia superficial, así como por su fijación a la pared torácica, lo que permitirá un cierre cutáneo sin tensión.

Como aporte significativo de este método, está la facilidad y flexibilidad del diseño, así como la seguridad del colgajo bipediculado vertical cuya base puede ser ampliada según su morfología y el ancho de las mamas, disminución del tiempo quirúrgico en dos horas aproximadamente, lo cual le confiere versatilidad, de manera que puede aplicarse hasta en las grandes hipertrofias, lo que garantiza cicatrices mínimas y mejora los resultados obtenidos con la técnica clásica de McKissock.

Coincidiendo con la bibliografía encontrada el mayor número de pacientes con esta patología es de menores de 35 años¹¹ y buena capacidad de retracción de la piel, lo que refleja nuestra indicación de la técnica en las pacientes consideradas ideales para una mastoplastia con cicatrices reducidas. No obstante, otros autores la realizan también en pacientes de mayor edad, con resultados sorprendentes.^{13,14}

Puede presentarse inflamación, dolor posoperatorio, hematomas, hemorragias e infecciones en el área de la incisión.¹

Es bueno aclarar que la cicatriz inestética que se presentó en 4 pacientes es porque tenían predisposición a hacer este tipo de deformidad y que se escogió realizarle esta técnica teniendo en cuenta que evitaríamos trabajar sobre la zona preesternal que es donde más frecuente aparece el queloide y esta evita la cicatriz horizontal medial.¹⁵⁻¹⁸

No hubo infección de la herida ya que se realizó profilaxis antibiótica mediante uso de Cefazolina 1 g e.v. media hora antes de la operación y 1 g cada 8 horas durante 24 horas; se minimizó la aparición de infección de la herida como lo indica la bibliografía estudiada.⁷

Varios autores¹¹⁻¹⁶ han realizado estudios a medio y largo plazo de las pacientes, la valoración de estas sobre el resultado de la operación en grandes líneas es satisfactoria en cuanto a la forma de la mama, así como al aumento de la autoestima entre las mujeres no satisfechas la principal preocupación es la presencia de cicatrices inestéticas.

Esta técnica tiene la ventaja de disminuir el tiempo peroperatorio, hemorragias y tensión cutánea.⁵

Con este procedimiento se retira piel, tejido glandular y grasa, haciendo las mamas más pequeñas, firmes y livianas, más bellas y armónicas con el resto del cuerpo. Esta técnica es ideal para las hipertrofias ligeras, moderadas y grandes.

En el caso de más de 1 500 g se aconseja realizar una revisión secundaria utilizando la misma técnica, dependiendo del grado de ptosis y de la elasticidad de la piel.

Esta técnica no es de aplicación universal, por lo que la conveniencia y posibilidad de su uso en cada caso concreto dependerá del criterio médico.¹⁵

CONCLUSIONES

El presente estudio demostró que esta técnica es una excelente alternativa en el tratamiento de las hipertrofias mamarias para minimizar cicatrices, con total satisfacción de las pacientes y mínimas complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maroley Rocío LN. Cirugía estética de mamas. Acta Clin Med [Internet]. 2014. [citado 2 Feb 2016]; 47:[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S230437682014000800007&script=sci_arttext&tlng=es
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. 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]. 2013 [citado 2 Feb 2016]; 141(9): 1143-1149. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v141n9/art06.pdf>
4. Stefan Danilla E, 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 mamoplastía de reducción y población control. Rev Chil Cir [Internet]. abr 2014

- [citado 2 Feb 2016]; 66(2): 142-145. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchcir/v66n2/art08.pdf>
5. Fernández C. Mastoplastia reductora en L para grandes volúmenes [tesis]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2013. Disponible en: <https://ddd.uab.cat/record/114014>
 6. Fisher J, Kent K. Reduction mammoplasty history. In: Neligan. Plast Reconstr Surg. USA: Elsevier; 2013. p. 153–162.
 7. Chiari A Jr. The L short-scar mammoplasty. In: Neligan. Plast. Reconstr. Surg. USA: Elsevier; 2013. p. 207–215.
 8. Gradinger G. Breast reduction. In: Hall E, Evans G. Aesthetic and reconstructive surgery of the breast. USA: Elsevier; 2010. p. 195 – 213.
 9. Losken A. The inferior pedicle techniques. In: Urban C, Rietjens M. Oncoplastic and Reconstructive Breast Surgery. Italia: Springer-Verlag; 2013. p. 145– 150.
 10. Calderón Ortega W. Mamoplastia de reducción con incisión periareolar: anatomía y clínica del pedículo central. Cir Plást Ibero Latinoamer. 2016; 42(1):21-28.
 11. 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 2 Feb 2016]; 38(3):[aprox. 27 p.]. Disponible en: http://revzoilomarinellosldcu/index.php/zmv/article/view/575/pdf_198
 12. Pérez Hera F, Castillo Calderón GJ, Rivera Companioni L. La cirugía reductora mamaria con anestesia local infiltrativa. Mediciago [Internet]. 2012 [citado 2 Feb 2016]; 18(supl. 1):[aprox. 18 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol18_supl1_2012/pdf/T11.pdf
 13. Boehm KA, Nahai F. Mastopexy. Cosmetic and Reconstructive Breast Surgery. USA: Elsevier; 2009.
 14. Acea NB. Texto de Cirugía oncológica de la mama. Técnicas oncológica y reconstructiva. Barcelona: Elsevier MASSON; 2013.
 15. Berrocal RM. Reducción Mamaria con cicatriz en J. En: Berrocal RM. Las cuatro estaciones de la Mama. Colombia: Edición Médica; 2014. p. 87–101.
 16. Chaves FL. Reducción Mamaria con cicatriz en L. En: Berrocal RM Las cuatro estaciones de la Mama. Colombia: Edición Médica; 2014. p. 103– 107.
 17. Rodríguez Camps S. Mamoplastia de Reducción en L. En: Bisbal J. Cirugía Plástica Mamaria. Barcelona: Clínica Planas; 2014. p. 119– 128.

18. Chiari A, Grotting J. The L short-scar mammoplasty. In: Spear SL. Surgery of the breast: principles and art. 3ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p. 1128–1143.

Recibido: 1 de marzo de 2017

Aprobado: 15 de marzo 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 Pedraja", Baracoa. Guantánamo. Cuba. **Email:** daliana.gtm@infomed.sld.cu