

Cirugía Plástica
Ibero-Latinoamericana

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana

ISSN: 0376-7892

ciplaslatin@gmail.com

Sociedad Española de Cirugía Plástica,
Reparadora y Estética
España

Goulart, Jr., R.; Onida Matos, M.

Implantes mamarios y mastopexía: colgajos mamarios laterales y mediales, una opción
técnica

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, vol. 38, núm. 4, octubre-diciembre, 2012, pp. 313-
321

Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365537880002>

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

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Implantes mamarios y mastopexía: colgajos mamarios laterales y mediales, una opción técnica

Breast Implants and Mastopexy: lateral and Medial Breast Flaps, a Technical Option



Goulart Jr., R.

Goulart Jr., R.*, Onida Matos, M.*

Resumen

La mastopexia asociada al uso de implantes mamarios es actualmente una de las prácticas más desafiantes en Cirugía Plástica; en ella, el cirujano tiene que utilizar al máximo sus capacidades y conocimientos para decidir con exactitud la mejor relación entre el tamaño ideal del implante y el exceso de piel a retirar.

El objetivo de este artículo es presentar una técnica a base de colgajos mamarios laterales y mediales (CMLM) para cirugía de mastopexia con implantes mamarios en busca de una mejor definición de la mama y de una mayor duración del resultado final. Esta técnica se crea en base a la circulación mamaria y en los excedentes de tejido al final de la cirugía utilizando la marcación en T

Los resultados inmediatos han sido muy satisfactorios en términos de definición de la forma mamaria, de la solidez de la nueva estructura glandular y de la protección del implante mamario. La duración a largo plazo aún debe ser evaluada.

Creemos que se trata de una técnica fácil de ejecutar, que permite un resultado estético satisfactorio, proporciona una percepción de mayor seguridad en el posicionamiento del implante, aunque somos conscientes de que su sostenibilidad y duración a largo plazo aún necesitan tiempo para una mejor evaluación.

Palabras clave Implantes mamarios, Mastopexia, Colgajos mamarios.

Código numérico 5210-5211

Abstract

The breast implant associated with mastopexy actually is one of most difficult plastic surgeries. In fact, it is a surgery where the surgeon has to use his higher capabilities and skills in order to decide with precision the best relationship between ideal sizes of the breast implant and skin excess.

The purpose in this paper is to present a breast lateral and medial flaps technique for augmentation mastopexy surgery looking for a better breast design and resistance on the final result. The technique was created on breast circulation basis, skin excess and better definition and resistance about the aesthetical breast results in the augmentation mastopexy surgery utilizing the T scar technique. The early results were acceptable in order to get breast definition, breast structure and implant protection. The long term results, especially breast resistance, will need to be evaluated.

In our opinion, the technique is easy to execute, it allows a satisfactory aesthetic result giving the perception of high security on the implant position, but its resistance in a long term view needs better evaluation.

Key words Mammary implants, Mastopexy, Breast flaps.

Numerical Code 5210-5211

* Especialista en Cirugía Plástica. Práctica privada, Florianópolis, Brasil.

Introducción

La mastopexia asociada a la colocación de implantes mamarios suele ser un gran desafío para la cirugía plástica de la mama debido a los siguientes aspectos que deben ser tenidos en cuenta (1-3):

- Ptosis verdadera o pseudoptosis que necesita reubicación del complejo areolo-mamilar (CAM).
- Flacidez de la piel que necesita resección en mayor o menor grado del excedente.
- Volumen mamario pequeño que necesita aumento mediante el uso de implantes.

El desafío empieza cuando los problemas anatómicos y estructurales mencionados, que son conflictivos en su propia naturaleza, necesitan además ser organizados en conjunto y al mismo tiempo. Esto suele suceder porque:

- La nueva ubicación del CAM y la flacidez necesitan siempre una resección de piel que puede ser incompatible con un aumento de volumen mamario.
- El aumento de volumen mamario debe siempre tener en cuenta el grado de resección de piel, pues existe una relación continente – contenido muy alterada con un excedente de piel que puede convertirse en una escasez de piel.
- Desorganización estructural de la mama por la ptosis (verdadera o falsa) (3).
- Tendencia genética a la flacidez y a la atrofia mamaria.
- Peso adicional del implante sobre una piel ya estructuralmente flácida.
- Solicitud poco realista por parte de las pacientes que piden implantes de mayor volumen.
- La resección de piel se neutraliza por el peso del implante, de manera que la ptosis suele recurrir necesitando nuevas resecciones más amplias.

Estos conflictivos aspectos anatómicos y estructurales son los responsables de la caída precoz de la mama operada y a su vez, de la frustración tanto del cirujano como de las pacientes (4,5). La fuerza de la gravedad asociada a la flacidez y el peso adicional del implante siempre serán factores que favorecerán la caída de la mama, y contra los cuales, la lucha es sin gloria (1-3). Por otro lado, cuanto mayor sea la resección de piel mayores serán la duración y la resistencia de la mama operada y también será mejor el diseño estético de la mama, pero en contrapartida, serán mayores las cicatrices. El dilema frente a cicatrices está muy presente a la hora de llevar a cabo una cirugía de mastopexia con implantes mamarios, pues cuanto más reducidas sean las cicatrices menor será la duración y resistencia y peores la definición y el diseño estético final de la mama (9-13).

Buscando agregar más opciones técnicas, presentamos la técnica de colgajos mamarios laterales y mediales (CMLM) para las mastopexias con implantes mamarios que necesiten amplias resecciones de piel en T y que puede ser utilizada también en mastopexias simples sin

implantes (13). El objetivo de esta técnica es intentar crear una estructura mamaria más resistente y duradera, mejorar la relación continente - contenido, proteger mejor al implante mamario y su posición en el bolsillo disecado, crear un diseño mamario estético con más definición y naturalidad y así minimizar las fuerzas conflictivas que existen naturalmente en las ptosis y atrofas mamarias.

Material y método

Entre febrero del 2008 y diciembre del 2010 fueron operadas 6 pacientes con la técnica de CMLM; su edad osciló entre los 28 y los 42 años, con una media de 35 años. Todas fueron pacientes con diagnóstico de atrofia mamaria, flacidez, ptosis e indicación de implante mamario para reposición de volumen. Una paciente sufrió la intervención después de una cirugía de mastopexia con implantes mamarios mediante técnica vertical con resección mínima de piel, por lo que la estructura mamaria no soportó el peso del implante, se produjo una nueva ptosis precoz (6 meses después de la intervención) y el resultado estético no fue satisfactorio. Dos pacientes sufrieron reintervención con cicatriz en T y CMLM después de cirugías con cicatriz reducida circumareolar superior y resección mínima de piel, por lo que de la misma forma la estructura de piel no soportó el peso del implante, produciéndose ptosis precoz, perjuicio de la forma y resultado estético no satisfactorio. En estos 3 casos, no utilizamos nuestra rutina para diagnóstico y elección de la técnica y dejamos que prevaleciera la solicitud de las pacientes de una cicatriz reducida, por lo que asumimos la responsabilidad de la reintervención. Este es un dato muy importante, pues un cirujano con muchos años de práctica puede caer en la tentación de atender solicitudes equivocadas de las pacientes o intentar una nueva técnica con cicatriz reducida llevado por la intención honesta de dar a sus pacientes lo mejor que las técnicas actuales pueden aportar; pero muchas veces, lo mejor es lo tradicional y comprobado (14,15).

La técnica es muy simple y aprovecha los excedentes dermograsos laterales y mediales de la mama que suelen provocarse con la resección de piel en T (Fig. 1A-C).

Tras llevar a cabo el correcto diagnóstico de atrofia y ptosis mamaria y gradación de la misma según clasificación de Regnault (3), así como de la necesidad de un implante mamario, la secuencia quirúrgica es la siguiente:

1. Marcación del punto A (futura ubicación del pezón).
2. Diseño en elipse desde el punto A hasta el punto medio del surco inframamario (punto D); se inicia desde el punto A muy cerca de la areola y después, las ramas de la elipse discurren casi paralelas hasta el punto D.
3. Dibujamos los límites de la mama como en una cirugía de implantes común.
4. Infiltramos toda la mama con una solución de 500 ml. de suero fisiológico al 0,9%, 1 ampolla de



Fig. 1A-C: Paciente nº 2. Implantes mamarios y mastopexia. Diseño en T conservador y excedentes dermogordurosos mediales y laterales.

adrenalina al 1:1000 y 40 ml. de lidocaína al 2% sin vasoconstrictor.

5. Trazamos las incisiones dibujadas en su totalidad.
6. Retiramos la porción central de la glándula mamaria para tener acceso al plano subglandular, con total disección del mismo.
7. Siguiendo la marcación en T y el acceso a la glándula mamaria, preferimos en todos los casos el plano subglandular para ubicar el implante. Utilizamos implantes de gel de silicona redondos, de

alto perfil, texturizados, con un volumen que en los casos analizados varió entre los 220 y los 300 cc., cantidad que es nuestro límite en términos de volumen; explicamos muy bien a las pacientes este límite que nos imponemos, con todos los detalles precisos, pues entendemos que toda cirugía plástica debe tener un resultado lo más natural posible y por encima de los 300 cc. en general, ya no podemos garantizar un resultado de este tipo.

8. Después de preparar el bolsillo y con hemostasia rigurosa, colocamos el implante y comenzamos el cierre de la mama.
9. Después del montaje de la mama con la resección de piel en T observamos excedentes mediales y laterales de piel y glándula mamaria (*ear dog*), que resecaríamos en una cirugía convencional (Fig. 2A-B). En la técnica de CMLM aprovechamos esos colgajos laterales y mediales dermograsos sin piel (Fig. 3 A-B y 4 A-B), rotándolos en sentido medial y lateral (Fig. 5 A-B, 6 y 7 A-B), empezando por el colgajo lateral que sigue en dirección medial (Fig. 7, 8). Después, el colgajo medial sigue en dirección lateral por encima del colgajo lateral, a modo de saco traspasado (Fig. 9-10).

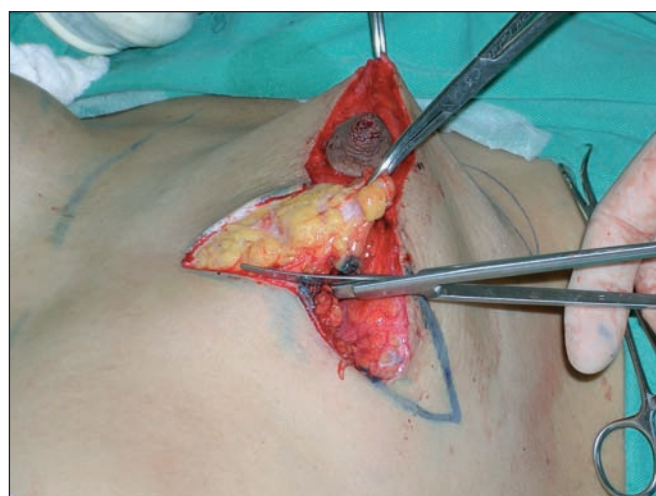


Fig. 2 A-B: Pacientes nº 1 y 2. Resección de piel en T con excedentes dermograsos (*ear dogs*) en diferentes procedimientos.

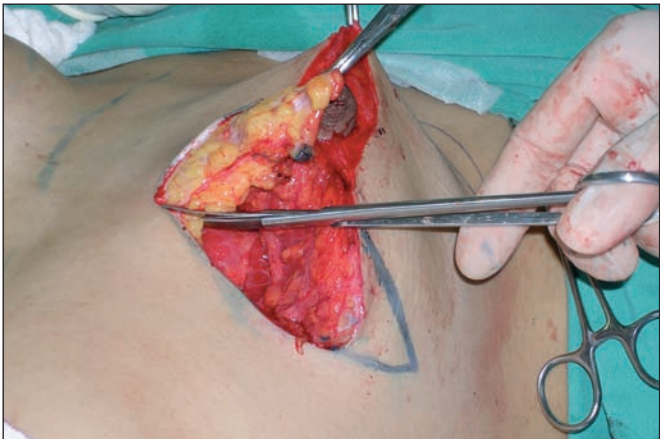


Fig. 3 A-B: Pacientes n° 1 y 2. En la técnica CMLM se aprovechan los excedentes dermograsos sin piel.



Fig. 5 A-B: Pacientes n° 1 y 2. Colgajos mediales y su rotación lateral.

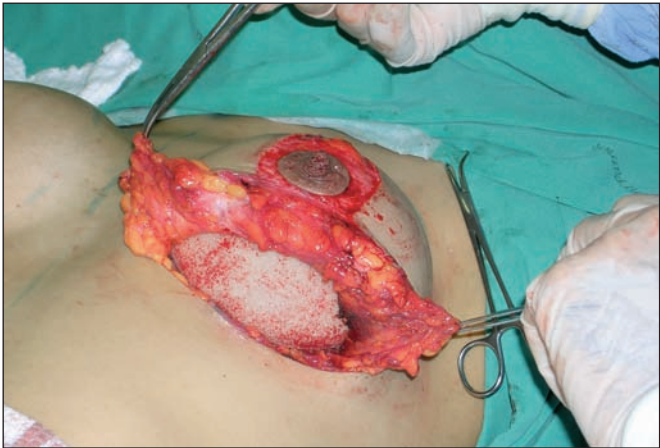
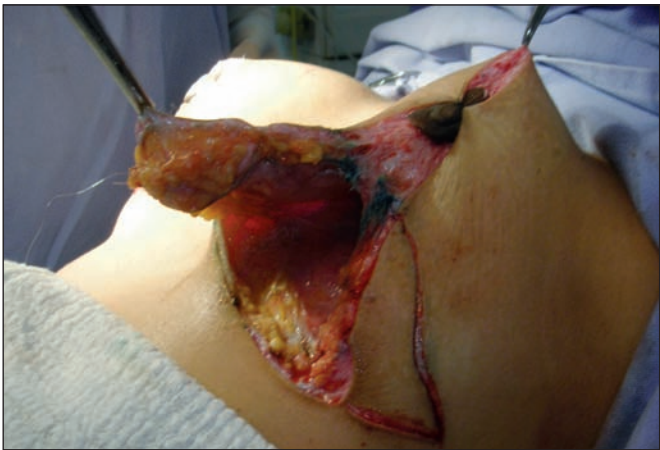


Fig. 4 A-B: Pacientes n° 1 y 2. Los colgajos laterales y mediales libres y listos.



Fig. 6: Paciente n°1. Colgajos laterales y mediales (ear dogs) sin piel.

Es importante realizar la sutura en tres planos, pero alrededor de la parte superior de los colgajos, en la parte horizontal de la cicatriz en T, hay que tener cuidado para no poner demasiados puntos en su porción más distal. Los colgajos se suturan en el músculo pectoral mayor con dos puntos de nylon 3-0 y también en la línea media, entre ellos, para cerrar el bolsillo del implante (Fig. 8-10). La unión de los colgajos de piel lateral y medial que formarán parte de la T se hace de la forma conocida y estandarizada (Fig.11,12 A-B).

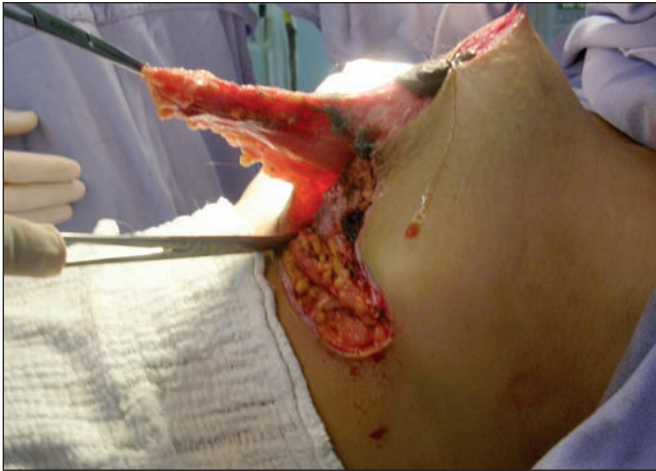


Fig. 7A-B: Pacientes n° 1 y 2. Colgajos laterales y su rotación medial.



Fig. 8. Paciente n° 1. Colgajo lateral en posición y suturado al músculo pectoral mayor.

Todas las pacientes quedarán satisfechas con los resultados finales estéticos y con la nueva estructura mamaria (Fig. 13).

Por nuestra parte, valoramos que los resultados inmediatos obtenidos fueron muy satisfactorios en términos de definición de la forma mamaria, de la solidez de la nueva estructura glandular y de la protección del implante mamario, pero necesitamos una evaluación más crítica para valorar su duración, resistencia y definición estética a largo plazo y con un número mayor de pacientes.



Fig. 9: Paciente n° 1. Colgajo medial en posición, por encima del colgajo lateral.



Fig. 10: Paciente n° 1. Colgajo medial suturado en el músculo pectoral mayor.



Fig. 11: Paciente n° 1. Resultado final con resección de piel en T y CMLM.

Actualmente, estamos practicando la técnica de CMLM en todas las pacientes con indicación de mastopexia con implantes mamarios y que necesiten resecciones amplias de piel con la técnica en T, situaciones bien definidas en las ptosis grado II y III (moderadas y severas) de Regnault asociadas con flacidez cutánea (Tabla I).

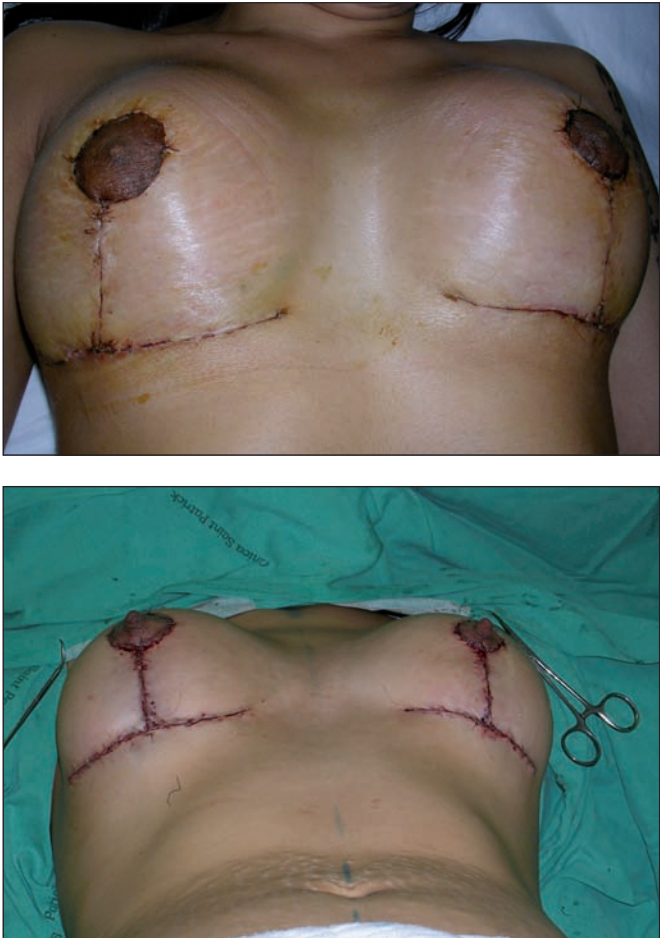


Fig. 12 A-B: Pacientes nº 1 y 2. Resultado final con resección de piel en T y CMLM.

Discusión

En los últimos 10 años, la cirugía de mastopexia con implantes mamarios ha sido objeto de atención y estudio, siendo considerada como un procedimiento complejo y con altas tasas de complicaciones, tal y como relatan muchos autores (1,2). Problemas como cicatrices inestéticas, caída precoz de la mama, alteraciones en el posicionamiento de los implantes, insuficiente resección de piel, alteraciones de la forma y definición estética de la

mama, son hechos frecuentes. Hay que tener en consideración que lograr unos resultados estéticos en este tipo de cirugías depende de muchos factores que deben ser trabajados en conjunto y armonía, y que las expectativas de las pacientes están normalmente lejos de lo que es estética y técnicamente aceptable para los cirujanos (3). Sin embargo, a pesar de toda la complejidad y todas las posibles complicaciones de este tipo de cirugía, asistimos a un incremento de la misma y es parte importante de la agenda de cualquier cirujano plástico (4, 14).

Asistimos también a un aumento de las técnicas de cicatriz vertical para mastopexia con implantes mamarios; es cierto que son una buena alternativa, pero consideramos que las técnicas periareolares y verticales deben ser utilizadas en casos muy especiales y con características específicas (13). Vemos en la literatura que todavía, en muchos casos la mastopexia se realiza con resección de piel en T y con resecciones periareolares (5-7,10,11). Spear muestra un estudio retrospectivo de 8 años que señala altas tasas de revisión quirúrgica en este tipo de cirugía, en especial, hasta un 35% de reintervenciones por mala posición de los implantes (6). Sin embargo, también hay que señalar que otros muchos autores muestran tasas bajas de complicaciones cuando realizan el procedimiento conjunto (4,5,8,11).

Por lo que se refiere a nosotros, hemos encontrado y también hemos realizado personalmente cicatrices verticales en casos de colocación de implantes mamarios asociados a mastopexia que tuvieron una duración muy corta de los resultados, con un diseño estético, pero al final, un período de duración de resultados muy pobre y corto (15) y a la vez, otros casos que tuvieron buena duración de forma y resultados. ¿Cuál fue la diferencia? La lista de problemas como cicatrices alteradas, caída precoz de la mama, alteraciones en el posicionamiento de los implantes, insuficiente retirada de piel, alteraciones de la forma y de la definición estética de la mama, es amplia.

Lo que sí hemos aprendido a lo largo de 20 años de práctica quirúrgica es que, para tomar la decisión de realizar una cicatriz en T, seguimos los siguientes criterios:

1. Ptosis grado II y III de Regnault asociadas a piel muy flácida y con estrías.

Tabla I. Datos de las pacientes del grupo de estudio

| Pacientes | Edad | Año | Implante | Plano | Reoperación | Seguimiento |
|-----------|------|------|------------------|-----------|-------------|-------------|
| 1 | 28 | 2009 | 280 cc. red-text | subgland. | si | 3 años |
| 2 | 29 | 2008 | 280 cc. red-pol | subgland. | no | 2 años |
| 3 | 32 | 2009 | 280 cc. red-text | subgland. | no | 2 años |
| 4 | 35 | 2010 | 260 cc. red-text | subgland. | si | 2 años |
| 5 | 36 | 2010 | 260 cc. red-text | subgland. | no | 2 años |
| 6 | 40 | 2010 | 280 cc. red-text | subgland. | si | 1 año |

Red-text (implante redondo texturizado). Red-pol (implante redondo de poliuretano). Subgland (plano subglandular). Reoperación (cirugías hechas con cicatrices reducidas (1 vertical y 2 circunareolares superiores) que tuvieron que ser reoperadas con cicatriz en T por poca duración de los resultados, ptosis recurrente, pobre forma estética y exceso de flacidez.



Fig. 13: Paciente 1. Pre y postoperatorio a los 2 años y medio.

2. Distancia del punto A superior a 20 cm.
3. Edad de la paciente superior a 45 años
4. Poco contenido mamario y exceso de piel (diferencia muy grande en la relación continente/contenido).
5. Tamaño del implante: los implantes muy grandes con cicatriz vertical no suelen tener mucha duración en los resultados, en especial cuando además la piel es flácida o con estrías en una ptosis grado III de Regnault, por ejemplo.

Para tomar la decisión de realizar una cicatriz vertical, seguimos los siguientes criterios:

1. Ptosis grado I y II de Regnault o pseudoptosis asociadas con piel elástica y con poca o ninguna estría.
2. Distancia del punto A entre 18 y 20 cm.
3. Edad de la paciente hasta 50 años.
4. Mayor contenido mamario y poco exceso de piel (diferencia más equilibrada en la relación continente/contenido).
5. Tamaño del implante: los implantes más pequeños con cicatriz vertical suelen tener más duración en los resultados, en especial cuando la piel es elástica y sin estrías en una ptosis grado II de Regnault, por ejemplo.

Bibliografía

Con estas directrices nos sentimos más cómodos a la hora de decirnos por una cicatriz vertical o en T. Sin embargo, es nuestra modesta opinión, a pesar del esfuerzo por evolucionar en dirección al uso de cicatrices reducidas, seguimos pensando que la cicatriz en T es la mejor técnica de mastopexia con vistas a la duración de los resultados, la consecución de una forma estética final y a la distribución de los vectores de fuerza a través de las cicatrices.

Empezamos en el año 2008 con la técnica de CMLM y aún llevamos poco tiempo de observación y contamos con un reducido volumen de pacientes. Las pacientes del estudio que han sido seguidas a más largo plazo, con postoperatorio de 1 y 2 años y vistas en consulta, siguen satisfechas con la forma y la posición de sus mamas; con postoperatorio de 2 años en entrevista telefónica, también refieren mantener el mismo grado de satisfacción.

Para nosotros, aunque los resultados hasta la fecha son también muy satisfactorios, somos conscientes de que necesitamos más casos y valoración a más largo plazo para ver si los CMLM son realmente eficaces a la hora de mantener la forma estética y la duración de los resultados de la mastopexia con implantes y cómo se comportan cuando la inevitable ptosis llegue a la mama operada.

Lo que sí parece claro es que, a pesar de todas las dificultades, la cirugía de mastopexia con implantes mamarios parece obtener mejores resultados cuando se realiza como un único procedimiento (4), de ahí que en nuestra rutina, lo hagamos también así (7,8).

Conclusiones

La técnica de mastopexia con implantes mamarios empleando colgajos mamarios laterales y mediales es fácil de ejecutar, permite un resultado estético satisfactorio y proporciona una percepción de mayor seguridad en el posicionamiento de los implantes. Su duración a largo plazo y la sostenibilidad de resultados, necesitan aún de una mayor evaluación en el tiempo y un mayor volumen de pacientes para poder ser valoradas.

Agradecimientos

Al Dr. Lyacir Ribeiro, por su extraordinario trabajo y dedicación al desarrollo de la cirugía de la mama. A la Sra. María Cristina R. Goulart, administradora del equipo, por la edición de todos los aspectos de este trabajo.

Dirección del autor

Dr. Remi Goulart Jr.
Calle Algas 811, Apto. 202 B
Jurerê Internacional 88053-505.
Florianópolis. Brasil.
e-mail: remigoulartjr@gmail.com

1. **Spear SL, Dayan JH, Clemens MW.**: Augmentation mastopexy. *Clin Plast Surg.* 2009;36(1):105; discussion 117.
2. **Spear SL, Boehmle JH 4th, Clemens MW.**: Augmentation/mastopexy: a 3-year review of a single surgeon's practice. *Plast Reconstr Surg.* 2006 Dec; 118 (7 Suppl): 136S-147S; discussion 148S-149S,150S-151S.
3. **Spear SL, Pelletiere CV, Menon N.** One-stage augmentation combined with mastopexy: aesthetic results and patient satisfaction. *Aesth. Plast Surg.* 2004; 28(5):259. Epub 2004 Nov 5.
4. **Stevens WG, Freeman ME, Stoker DA, Quardt SM, Cohen R, Hirsch EM.**: One-stage mastopexy with breast augmentation: a review of 321 patients. *Plast Reconstr Surg.* 2007;120(6):1674.
5. **Stevens WG, Stoker DA, Freeman ME, Quardt SM, Hirsch EM, Cohen R.I.**: One-stage breast augmentation with mastopexy safe and effective? A review of 186 primary cases. *Aesthet Surg J.* 2006;26(6):674.
6. **Spear SL, Low M, Ducic I.**: Revision augmentation mastopexy: indications, operations, and outcomes. *Ann Plast Surg.* 2003;51(6):540.
7. **Tepavicharova P, Romansky R.**: Alternatives of the augmentation mammoplasty combined with breast ptosis. *Khirurgiia (Sofia).* 2009;(6):31.
8. **Hedén P.**: Mastopexy augmentation with form stable breast implants. *Clin Plast Surg.* 2009;36(1):91.
9. **Stevens WG, Spring M, Stoker DA, Freeman ME, Cohen R, Quardt SM, Hirsch EM.A.**: Review of 100 consecutive secondary augmentation/mastopexies. *Aesthet Surg J.* 2007;27(5):485.
10. **Mottura AA.**: Periareolar mastopexy and augmentation. *Aesthet Surg J.* 2007;27(4):450.
11. **Cárdenas-Camarena L, Ramírez-Macías R.**: Augmentation/mastopexy: how to select and perform the proper technique. *Aesthetic Plast Surg.* 2006; 30(1):21.
12. **Ribeiro L.**: A New Technique for Reduction Mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1975; 55:330.
13. **Ventura, O.D. et al.**: Suspensión dinámica de la mama: recurso técnico para reactivar componentes de fijación y soporte mamario. *Cir. plást. iberolatinoam.*, 2010; 36 (4):313.
14. **Peña Cabús, G.** Mastopexia tridimensional con anclaje efectivo: Una respuesta a la ptosis, alteraciones de volumen, flacidez y recidiva en las mamoplastias. *Cir. plást. iberolatinoam.*, 2010, 36(3): 203.
15. **Berrocal Revueltas, M.**: Mamoplastia de aumento secundaria: Evaluación de problemas, resultados insatisfactorios y alternativas de solución. *Cir. plást. iberolatinoam.*, 2012; 38 (1):9.

Comentario al artículo "Implantes mamarios y mastopexia: colgajos mamarios laterales y mediales, una opción técnica"

Dr. Lázaro Cárdenas Camarena

Cirujano Plástico y Profesor del Servicio de Cirugía Plástica del Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva "Dr. José Guerrero Santos". Guadalajara, Jalisco, México.

La mastopexia con implantes en un solo tiempo quirúrgico ha sido siempre un reto para el cirujano plástico; la dificultad técnica que supone y el índice de complicaciones secundarias es mayor que cuando se realizan ambos procedimientos aislados (1), por lo que cuando se buscan técnicas para mejorar los resultados y la seguridad en esta combinación de procedimientos, tal como presenta el Dr. Goulart Jr. en este trabajo, es importante reconocerlo.

Nosotros somos partidarios de que el tamaño de la cicatriz en una mastopexia con implantes no debe ser factor determinante en el resultado y en la evolución a largo plazo; si así fuese, estaríamos cometiendo el error de condicionar el resultado exclusivamente a una resección cutánea. El resultado y la forma deben mantenerse logrando conificar la mama con los propios tejidos mamarios, ya sea utilizando pilares del propio tejido mamario (2) o cualquier otra técnica que nos brinde esta opción. La técnica presentada por el Dr. Goulart Jr. es una opción adecuada desde el punto de vista de que pugna por la utilización de medidas de sostén para la mama a largo plazo. En este caso, la utilización de colgajos. Sin embargo el mayor cuidado que debe tenerse al utilizar colgajos en mastopexia con implantes es el riesgo de una mayor devascularización del tejido mamario que puede dar problemas inmediatos, como necrosis de colgajos o del mismo complejo areola-pezones, o complicaciones mediatas, como dehiscencia de la herida quirúrgica (1,2). Es por ello que nosotros propugnamos que el único despegamiento que debe hacerse de la glándula mamaria sea el exclusivamente necesario solo para la colocación del implante. Cualquier despegamiento adicional en la conformación de colgajos debe realizarse con sumo cuidado por las potenciales complicaciones señaladas (2).

En el caso del Dr. Goulart Jr. esta devascularización no existe, porque los colgajos que utiliza son exclusivamente del tejido que va a ser resecado de la glándula mamaria, por lo que evita esta posible complicación. Lo que sí recomendaríamos en su técnica sería el abordaje del bolsillo para la colocación del implante a través del surco inframamario, en vez de abordar y cortar la mama en la línea media. Si ya se tiene pensado utilizar una incisión en "T", lo mejor es evitar el abordaje por la línea media y hacerlo por la parte inferior de la mama, para así dejar aún más protegido el implante y evitar al máximo la posibilidad de dehiscencia en la porción de mayor tensión de una mastopexia, que es precisamente la línea media mamaria.

Esta es otra opción más para el armamentario quirúrgico en mastopexia con implantes, y como bien dice el Dr. Goulart Jr., el tiempo será el mejor juez de esta técnica en la persistencia de sus resultados a través de los años, enfatizando que el inicio del éxito de la mastopexia con implantes está siempre en la selección del procedimiento quirúrgico adecuado para cada caso (2).

Bibliografía

1. **Spear SL.**: Augmentation/Mastopexy: Surgeon, Beware. *Plast Reconstr Surg.* 2003; 112: 905.
2. **Cárdenas-Camarena L, Ramírez-Macías R.**: Augmentation/ mastopexy: how to select and perform the proper technique. *Aesthetic Plast Surg.* 2006; 30(1):21.

Respuesta al comentario del Dr. Cárdenas Camarena

Dr. Remi Goulart Jr.

Muchas gracias al Dr. Cárdenas por sus importantes comentarios acerca de nuestro artículo. Para nosotros es un honor y un privilegio recibir estos comentarios constructivos y positivos sobre esta posibilidad técnica por parte de un cirujano excepcional y talentoso y que es una de nuestras referencias en Cirugía Plástica.

Tenemos la misma visión del Dr. Cárdenas y también pensamos que la extensión de la cicatriz mamaria no debe ser un factor de decisión al elegir la mejor opción técnica para una cirugía mamaria. Más importantes son las cualidades de la misma en términos anatómicos y fisiológicos y la forma final que se puede obtener. Esto lleva a la segunda observación importante del Dr. Cárdenas, que es el cuidado con la vascularización de la mama, lo que fue exactamente una de nuestras preocupaciones cuando buscamos una alternativa técnica y acabamos por intentar la técnica de los colgajos mediales y laterales.

Con respeto a la última observación acerca de la colocación del implante a través del surco inframamario, entendemos y estamos de acuerdo perfectamente con la precisión de su argumentación. Pero, tal vez por una dificultad personal, preferimos la incisión vertical con el objetivo de retirar tejido mamario de la línea media y así tener más espacio y menos tensión si ponemos un implante de mayor volumen. Cuando retiramos solamente piel, vemos en muchos casos que la relación continente/contenido queda muy alterada, y también con alguna tensión, a pesar de que haya una mejor protección del implante.

Como dice el Dr. Cárdenas, el éxito en este tipo de cirugía se encuentra en la adecuada selección del procedimiento quirúrgico, y nuestra modesta contribución tiene por objetivo aportar una opción más a todos los cirujanos que buscan el desarrollo de la Cirugía Plástica.