

Título: DISMORFIAS MAMARIAS

Autores:

Dr. Julian Valdivia Llanes
Especialista de 1er. Grado en Cirugía Plástica y Caumatología.
Profesor Asistente.

Dr. Alexey Expósito Jalturin
Especialista de 1er. Grado en Cirugía Plástica y Caumatología.
Profesor Asistente.

Dra. Heizel Escobar Vega
Especialista de 1er. Grado en Cirugía Plástica y Caumatología.
Instructora.

Dra. Luz Divina López Cabrera
Especialista de 2º Grado en Cirugía Plástica y Caumatología
Profesora Titular.

Servicio de Cirugía Reconstructiva y Caumatología
Email: cplastica@hha.sld.cu

Introducción

Las mamas son uno de los elementos más importantes de la belleza femenina, símbolo de la sexualidad humana, emblema de la maternidad y zona erógena por excelencia. Múltiples pacientes acuden a las consultas en este centro con diagnóstico de dismorfias mamarias, que según orden de frecuencia las más comunes son: hipertrofia mamaria, ptosis, hipotrofias –hipoplasia, gigantomastias.

Las plastias mamarias transmiten a la paciente un sentimiento de conformidad con el propio cuerpo y sensación de seguridad en las esferas social y sexual. El deseo de someterse a una mastoplastia obedece a factores personales variables según la situación individual, así una mujer la solicitará por la afección física que le

ocasiona o por el deseo de mejorar sus atractivos desde el punto de vista estético, contribuyendo ambos aspectos a elevar la calidad de vida de estos casos.

El objetivo de las mastoplastias estriba en una modificación del aspecto externo para conformar la sensibilidad estética y física de la paciente, las cuales consisten en el cambio de su morfología del órgano.

Las estadísticas recogidas en el país reflejan que 20 % de las intervenciones quirúrgicas corresponden a las mastoplastias, siendo similar a lo hallado en nuestro Servicio, donde representan 24,5 %, de nuestras cirugías plásticas.

A través de los años se han desarrollado múltiples técnicas quirúrgicas de mastoplastias con el fin de mejorar el equilibrio estético y físico, tanto en la forma como en el volumen de las mamas, así como en la reducción de las posibles secuelas cicatrízales. La confección de este protocolo ayuda a especificar cuáles son las técnicas más apropiadas para cada una de las dismorfias estudiadas.

Objetivos

- Establecer una metodología de trabajo para el cirujano plástico general, en relación con las dismorfias mamarias.
- Identificar las características clínicas de las dismorfias mamarias.
- Orientar debidamente los estudios a realizar en estas pacientes.
- Seleccionar y ejecutar la técnica quirúrgica adecuada a cada paciente.

Desarrollo

Proceso asistencial

Con el paso del tiempo se observa una mayor asistencia de pacientes solicitando modificación de sus mamas, a diferencia de años anteriores ya no es la hipertrofia la causa fundamental, por el contrario acuden solicitando aumento del volumen de las mamas ya sea por hipoplasia o hipotrofia con o sin ptosis mamaria, esto al parecer motivado por los cambios en los conceptos actuales de belleza en nuestra sociedad, donde imperan criterios de salud similares a los de los países del primer mundo, así podemos ver mujeres cada día más jóvenes que acuden a nuestra consulta solicitando estos procedimientos, asisten también aunque con menor frecuencia las pacientes con hipertrofias mamarias; desde la joven adolescente con Hipertrofia Virginal, dado por mamas desproporcionadas que afectan su relación social, hasta la mujer madura con mamas grandes, asociada a la mastodinia y a la repercusión dolorosa de espalda y hombros, sin apartarnos de la maceración cutánea debido al roce permanente en el surco submamario, presentando con frecuencia lesiones en piel de origen bacteriano y/o micótico no obstante a la disminución del volumen de casos con estas patologías aún podemos encontrar en nuestras consultas estos problemas de salud que merecen nuestra atención .

La ptosis mamaria se puede definir como el descenso del polo inferior de la mama a través del surco submamario; otros autores lo identifican cuando el pezón se sitúa por debajo del surco submamario. Esta entidad casi siempre acompaña a la

hipertrofia por el peso de la glándula, exceptuando algunos casos de Hipertrofia Virginal así como a las hipotrofias.

Las hipotrofias mamarias y las hipoplasias, vienen acompañadas de mayores desajustes psicológicos que la hipertrofia (o hiperplasias) ya que estas pacientes experimentan un gran sentimiento de inferioridad por la ausencia del símbolo sexual prioritario de su sexo. En el caso de las hipotrofias estas se ven generalmente en mujeres ya maduras después de varios embarazos o posterior a pérdida de peso voluntaria en mujeres obesas, esta patología se asocia generalmente a una ptosis de las mamas lo cual suele empeorar su forma y origina un problema psicológico importante en estas pacientes, en el caso de las hipoplasias esta patología es debido a un escaso desarrollo de la glándula mamaria se ve con mayor frecuencia en mujeres muy jóvenes las cuales buscan una vida social plena y debido a sus mamas poco desarrolladas se sienten afectadas psicológicamente para poder lograr una vida de pareja y social plena. Para los familiares allegados le es difícil comprender la importancia del tratamiento quirúrgico y a posteriori del mismo, descubren que nuestra paciente ha recobrado el aspecto femenino mejorando así la relación con el sexo opuesto.

Diagnóstico

Los criterios diagnósticos estarán bien definidos en el caso de la hipertrofia y en la ptosis mamaria según las siguientes clasificaciones:

- En el caso de la hipotrofia existen solo dos elementos diagnósticos:

Ptosis/hipotrofia:

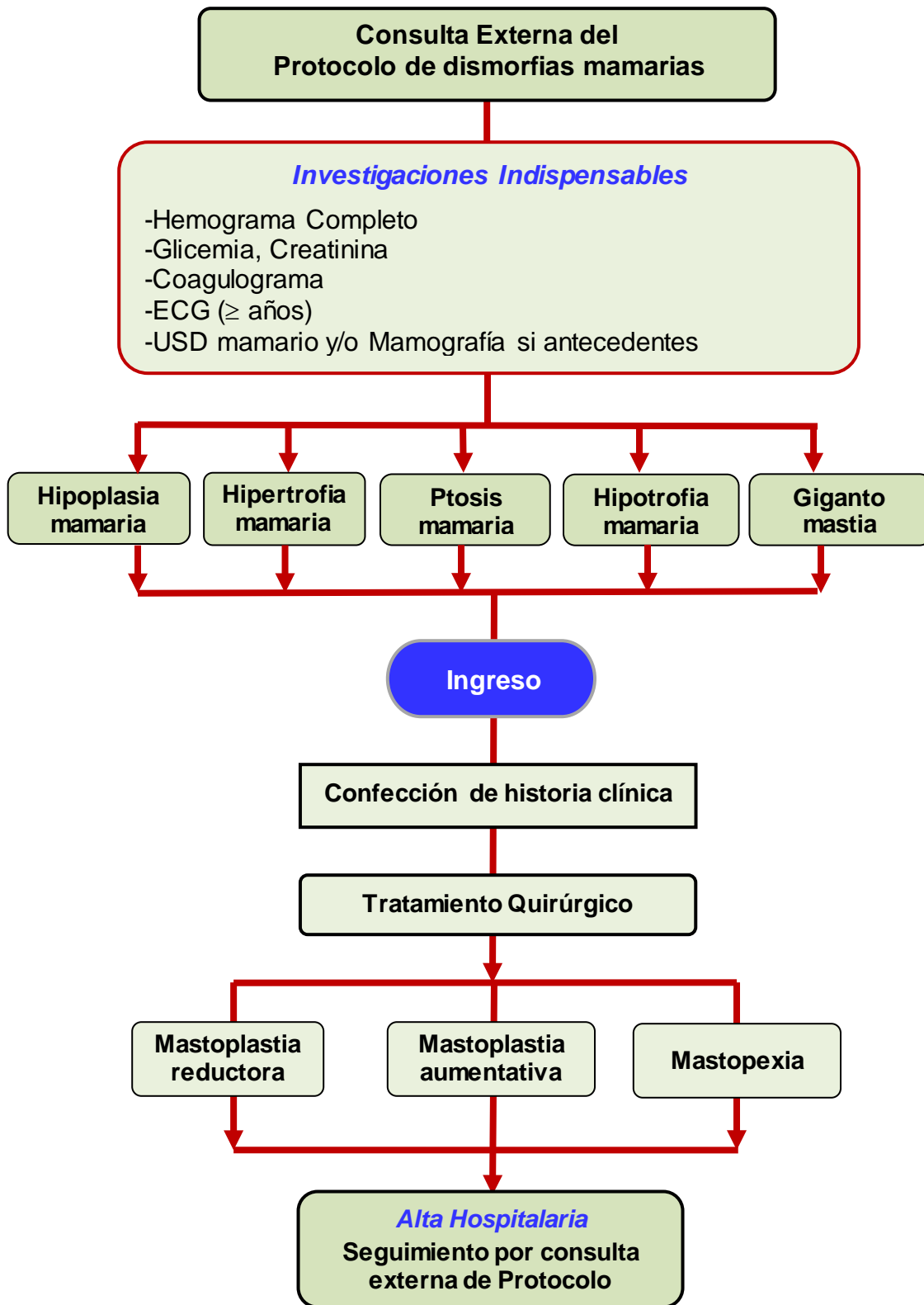
Clasificación de REGNAULT:

- Pseudoptosis: Pezón por encima o a nivel del surco submamario (ssm) con caída de la piel y glándula por debajo del ssm.
 - Ptosis mínima: Pezón inmediatamente por debajo del ssm (a menos de 1 cm).
 - Ptosis moderada: Pezón entre 1 a 3 cm por debajo del ssm.
 - Ptosis severa: Pezón a más de 3 cm por debajo del ssm.
 - ✓ Hipotrofia pura; el pezón se encuentra al mismo nivel o por encima del surco señalado, escaso tejido glandular y subcutáneo y piel flácida con o sin vergetures.
- Clasificación de ROA para las hipertrofias mamarias.
 - ✓ Hipertrofia: el volumen en las mamas es más de 50 % del normal.

- Seno normal o ideal	250 - 300 cc.
- Hipertrofia moderada	300 - 500 cc
- Hipertrofia menos importante	500 - 700 cc
- Hipertrofia importante	700 - 1000 cc
- Hipertrofia muy importante	1000 - 1500 cc
- Gigantomastias	+ 1500 cc

A través de los años se han desarrollado múltiples técnicas quirúrgicas de mastoplastias (reducción, aumento, pexias) con el fin de mejorar el equilibrio estético, tanto en la simetría aparente, como en el tamaño y secuelas cicatrízales deseada por nuestras pacientes.

ALGORITMO DE ATENCIÓN A LAS DISMORFIAS MAMARIAS



Indicadores

Indicadores de estructura	Estándar
% de especialistas y personal de apoyo entrenados en el contenido del PA	100%
% de equipos e instrumental necesarios según PA	≥95%
% de medicamentos y reactivos de laboratorio según PA	≥95%
% de disponibilidad del diseño organizativo para garantizar el desarrollo del PA	≥95%
% de planillas para la recogida de datos	100%
% de planillas en base de datos electrónica	100%
Indicadores de procesos	
% de pacientes a cumplir su estadía <5 días, según PA	≥80%
% de pacientes con estudios pre operatorios, según PA	≥95%
% de seguimiento en consulta especializada, en el pos operatorio	≥90%
Indicadores de resultados	Estándar
% de pacientes que cumplieron su estadía según lo establecido en el PA < 5 días	≥ 80 %
% de pacientes con resultados estéticos y funcionales s/estrategia quirúrgica	≥ 80%
% de pacientes fallecidos en el periodo pos operatorio	0 %
% de pacientes que presentaron complicaciones por sepsis	0 %
% de pacientes satisfechos con los resultados estéticos	> 95 %

Bibliografía

Aguiar, O. (2007). Mamoplastia en gigantomastias con areolas divergentes. Cir Plást Iberolatinoam, 33(2), 111-118

Amini P. (2010). Vertical reduction mammoplasty combined with a superior medical pedicle in gigantomastia. *Plast Surg*, 64(3), 279-285.

Andrades, P., Prado, A., Sepúlveda, S. y Benites, S. (2012). Cirugía plástica mamaria. Apuntes de cirugía plástica. Recuperado de http://www.planetec.tv/filacp/español/revista-pdf/36_.pdf.

Bazola, A. R. (2008). Concepto de belleza de la mama. Coiffman, F. Cirugía plástica, reconstructiva y estética 3ra ed. Barcelona: Masson. pp. 2860-96.

Berrocal Revueltas, M. (2014). Ptosis mamaria. En: Las cuatro estaciones de la mama. Bogotá, Col: Impresión Médica. pp. 339- 3.

Cardenas Camarena, L. and Ramirez Macias, R. (2006). Augmentation/Mastopexia: how to select and perform the proper technique. *Aesthetic Plast Surg*, 30 (1), 21-33

Cardenas Camarena, L. and Vergara R. (2001) Reduction mammoplasty with superior-lateral dermoglandular pedicle another alternative. .2007. *Plast Reconstruct Surg*, 107 (3), 693-9

Castillo, P. (2007) Abordaje areolar en mastoplastia de aumento. *Cir Plást IberoLatinoam*, .33 (2), 91-98

Copcu, E. A. (2010). Versatile breast reduction technique conical phated central U shaped mammoplasty. *Ann Surg Innov Res*, 3, 7

Dali, M.(2010). The relationship between the thickness of de-epithelialization and occurrence of sebaceous cysts at the incision site mastopexy and reduction mammoplasty. *Ann Plast Surg*, 65(4), 389-390.

Gea Martins, M., Filho, C., Gomesfaria, F., Araujo Costa, L. y da Cunha, F. (2005). Mamoplastia de aumento en hipomastias moderadas e importantes. En: Anais da 42.Congreso brasileiro de Cirugía Plástica . Belo Horizonte-Brasil.

Georgeade, N, Georgeade, G. and Riefkohl R. (1994). Cirugía estética de la mama. En: McCarthy J, Cirugía plástica, tronco y extremidades inferiores. Buenos Aires: Panamericana. pp.158-9

Glenn L. W. (2003). Breast reduction. Superior pedicle. Recuperado de <http://emedicine.medscape.com/article/1274856-overview>

Hinderer, U. T. (2008). Evolución de la cirugía plástica mamaria en hipoplasia, ptosis e hipertrofia. En: Coiffman, F. Cirugía plástica, reconstructiva y estética. 3ra ed. Barcelona: Masson. pp. 2825

Hurtado Vidal, J. R. (2015) Protocolo de investigación en mastoplastia reductora con injerto libre de pezón y colgajo de pedículo inferior en gigantomastia. Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana

Kimberly, A. (2010). Is reduction mamoplasty a stimulus for weight loss and improved quality of life. *Ann Plast Surg*, ..64(5), 585-587.

Kirby, I. (2008). *Mama*. En: Brunicyard C. Principios de cirugía. 8va ed. Houston-Texas: Mc Graw. pp. 453- 501.

Manual de cirugía plástica. (2000). España: Sociedad Española Cirugía Plástica Reparadora y Estética. pp. 1248.

Marcos, V. A., Torreira, C. C., Hijazo, M. C. y Perez, F. R. (2003). Mamoplastia de reducción sin cicatriz vertical .Aplicación del principio del fruncido cutaneo Transitorio en 6 casos clínicos .Nota clínica .*Cir.Plast. Iberolatinom*, 29(3), 243-246

Maroley, L.N. (2014). Cirugía estética de mamas. *Rev Actualizac Clín*, 47, 2503-2508. Recuperado de http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/raci/v47/v47_a07.pdf

Moreno Gallent, I., Ribera Pons, M. (2006.). Mastopexia y prótesis: revisión a los 5 años *Cir Plast Iberolatinoam*, 32, 107-116

Pulz, P., Shoeller, T., Tzankova, A. and Wechselberger, G. (2005). Unilateral breast enlargement 5 year after reduction mammoplasty. *Aesthetic Plast.Surg*, 29(35), 404-406

Roa, TT. (2008). *Mamas. Conceptos generales*. En: Coiffman, F. Cirugía plástica, reconstructiva y estética. 3ra ed. Barcelona: Masson. Pp. 2850-9.

Spear, S., Bulan, E. and Venturi, M (2004). Breast augmentation . *Plast.Reconstr.Surg*, 114(5), 73.

