



CASO CLÍNICO

doi: 10.35366/116902



Corrección de unidades cosméticas del polo inferior de la mama mediante colgajos triangulares

Correction of cosmetic units of the lower pole of the breast using triangular flaps

Dr. Francisco Miguel Said-Lemus,* Dr. Enrique Chávez-Serna,^{‡,§}
Dra. Daniela Téllez-Palacios,^{‡,¶} Dra. Valentina Prieto-Vargas^{‡,||}

Palabras clave:
corrección del polo inferior, mastopexia de revisión, pseudoptosis

Keywords:
lower pole correction, revision mastopexy, pseudoptosis

* Médico adscrito del Departamento de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, Centro Médico American British Cowdray. Ciudad de México, México.

‡ División de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Hospital General «Dr. Manuel Gea González». División de estudios de Postgrado, Universidad Nacional Autónoma de México. México.

§ Médico residente de Cirugía Plástica y Reconstructiva. ORCID: 0000-0002-5863-8627

¶ Médico adscrito del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

|| Médico pasante de Servicio Social en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva. ORCID: 0000-0001-9258-2383

Recibido: 21 febrero 2024
Aceptado: 02 mayo 2024

RESUMEN

El objetivo de la mastopexia incluye elevar el complejo areola-pezones (CAP), aunque, en algunos casos, se produce un desplazamiento del polo inferior de la mama sin afectar su posición. En esta situación, corregir el polo inferior de la mama al seno es factible sin alterar la altura del complejo areola-pezones siempre que esté dentro de límites aceptables. Este trabajo aborda la corrección del polo inferior de la mama a través del uso innovador de colgajos triangulares en pacientes con antecedentes de cirugía mamaria. Presentamos dos casos clínicos que demuestran la efectividad de esta técnica en la corrección del desplazamiento del polo inferior, que se caracteriza por pseudoptosis y *bottoming out*. El enfoque quirúrgico implica resecar un patrón triangular con extensiones laterales y mediales, lo que permite resecciones significativas de piel, modificación del pliegue inframamario y cambios en el bolsillo del implante sin comprometer la forma y la altura del complejo areola-pezones. La técnica es valiosa en cirugías de revisión donde las pacientes presentan mínima ptosis y exceso de piel en el polo inferior de la mama. Los casos presentados muestran resultados exitosos, enfatizando la importancia de evaluar cuidadosamente las dimensiones anatómicas antes de la corrección. Concluimos que esta técnica ofrece una alternativa prometedora para manejar el desplazamiento del polo inferior en pacientes con cirugías mamarias previas, brindando resultados satisfactorios mientras se preserva la estética natural de la mama.

ABSTRACT

The goal of mastopexy includes lifting the nipple-areola complex (NAC); although, in some cases there is a displacement of the lower breast pole without affecting the NAC position. In this situation, correcting the lower breast pole is feasible without altering the NAC height as long as it is within acceptable limits. This work addresses the correction of the lower breast pole through the innovative use of triangular flaps in patients with a history of breast surgeries. We present two clinical cases demonstrating the effectiveness of this technique in correcting lower pole displacement, characterized by pseudoptosis, and *bottoming out*. The surgical approach involves resecting a triangular pattern with lateral and medial extensions, allowing significant skin resections, modification of the inframammary fold, and implant pocket changes without compromising the shape and height of the nipple-areola complex. The technique is valuable in revision surgeries where patients exhibit minimal ptosis and excess skin in the lower breast pole. These cases show successful outcomes, emphasizing the importance of evaluating anatomical dimensions carefully before the correction. We concluded that this technique offers a promising alternative for managing lower pole displacement in patients with prior breast surgeries, providing satisfactory results while preserving the natural aesthetics of the breast.

INTRODUCCIÓN

Las complicaciones después de una cirugía mamaria, en sus diferentes variantes, como mamoplastia o mastopexia, se pueden clasifi-

car como complicaciones relacionadas con el tejido y complicaciones relacionadas con el implante. Las complicaciones relacionadas con el tejido incluyen la ptosis recurrente, cicatrices inaceptables y asimetría del complejo areola-

Citar como: Said-Lemus FM, Chávez-Serna E, Téllez-Palacios D, Prieto-Vargas V. Corrección de unidades cosméticas del polo inferior de la mama mediante colgajos triangulares. *Cir Plast.* 2024; 34 (2): 67-71. <https://dx.doi.org/10.35366/116902>



pezón, con tasas aproximadas de 3-5%.¹⁻³ La contractura capsular sigue siendo la complicación más común relacionada con implantes, con una tasa aproximada de 2-5%.⁴

Las revisiones menores pueden incluir corrección de cicatrices o el uso de injertos de grasa para mejorar la simetría o el contorno.⁵ Además, el cambio del tamaño de implante solicitado por la paciente sigue siendo una causa común de revisión. Por lo tanto, es prudente discutir exhaustivamente los objetivos de tamaño y contorno, con o sin pruebas de tamaño en el consultorio.¹

Khavanin y colaboradores reportaron una tasa de reintervención de 10.65%, principalmente relacionada con resultados insatisfactorios; sin embargo, en seguimientos postquirúrgicos mayores a un año, la tasa aumentó a 16.3%.⁶ Si se requiere una revisión formal, como por ptosis recurrente, es crucial considerar el manejo previo y los patrones de incisión. La adecuada irrigación sanguínea al pedículo y al complejo areola-pezón es fundamental para determinar un acceso viable para la revisión.⁷

El objetivo de una mastopexia incluye la elevación del complejo areola-pezón, la posible resección de piel mediante las técnicas más comunes y la corrección del volumen de la glándula; sin embargo, existen casos secundarios donde ocurre un desplazamiento del polo inferior de las mamas, sin que esto afecte la posición del complejo areola-pezón. En la actualidad, las técnicas están diseñadas para acceder a estos tres elementos como una unidad integrada, con la necesidad de desarmar la glándula.⁸ Por otro lado, es factible corregir el polo inferior de la mama sin necesidad de intervenir en la altura del complejo areola-pezón, siempre y cuando esta última se encuentre dentro de límites aceptables.⁹

Presentamos dos casos clínicos de pacientes con desplazamiento del polo inferior de la mama, mostrando pseudoptosis, con antecedente de cirugía mamaria previa en cualquiera de sus modalidades (aumento, pexia, reducción). A estas pacientes se les realizó corrección del polo inferior mediante la resección de un patrón en forma triangular con extensión a la porción lateral y medial. Con este patrón, se corregirá el exceso de dimensiones, la distancia de la longitud del arco del pezón

al surco inframamario y la base de la mama, provocando una proyección adecuada, sin tener la necesidad de movilizar nuevamente el complejo areola-pezón.

El propósito de este artículo es describir la técnica quirúrgica y compartir los resultados para ser considerada como eficaz para el manejo del polo inferior.

Técnica quirúrgica

Para esta técnica se requiere una adecuada altura del complejo areola-pezón, que se mide desde el manubrio esternal al borde superior del complejo, encontrando un promedio en la población de 16-18 cm. Al evaluar el polo inferior, se encontró un aumento de éste, llegando a ser de 11 cm, lo que establece el diagnóstico de pseudoptosis, generando la sensación visual de una mama larga.

El marcaje inicia las líneas convencionales que se marcan en la cirugía mamaria: línea media, paramedia, vértice de la axila y línea axilar anterior. Siguiendo el meridiano de la mama, el cual se considera de 6-8 cm dependiendo del ancho del diámetro transversal del tórax (*Figura 1*), pasando el complejo areola-pezón, se realiza el marcaje de un triángulo de base inferior y vértice superior que será medido en función del meridiano antes marcado, teniendo en relación la longitud de arco del implante a colocar o no. En caso de no ser necesaria la colocación de implantes, se tomará la longitud convencional del polo inferior de la mama de 5-6 cm. La base del triángulo dependerá de la huella mamaria y la necesidad de reducirla. Generalmente será de 4-6 cm (*Figura 1*). Se realizará el trazo lateral y medial, uniéndose con la altura del surco inframamario, dando como resultado dos triángulos medial y lateral. En caso de realizar la colocación de un nuevo implante, se tomará como medida la longitud del arco del mismo. En estos casos, el implante más utilizado fue el anatómico. Terminando la proyección de los triángulos, se realiza el marcaje medial y lateral, siguiendo las líneas clásicas del patrón de Wise y en caso de tener la discrepancia de la altura del surco inframamario, éste se corregirá elevando el surco inframamario, fijándolo para su continuidad como resultante al sitio del neosurco.

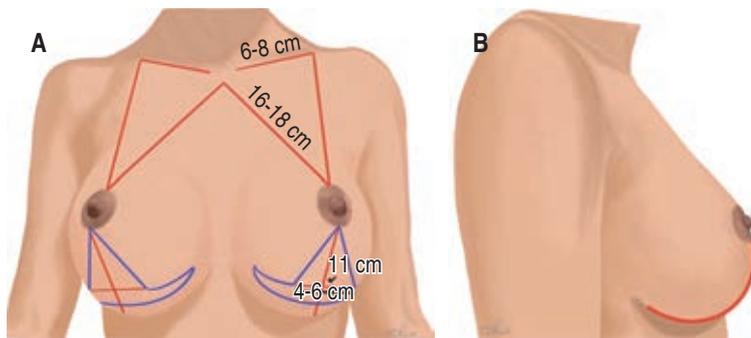


Figura 1: Esquema, medidas y marcaje. A) Frontal. B) Lateral.

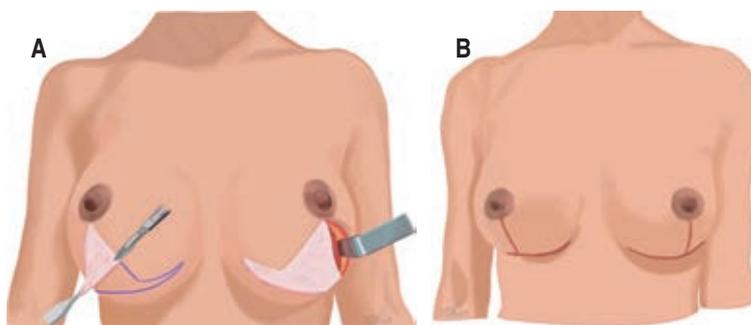


Figura 2: Esquema de la técnica. A) Desepitelización e incisión. B) Resultados postquirúrgicos.

Una vez iniciada la cirugía, se realiza el corte del marcaje anterior y se procede a la desepitelización de los triángulos, dejando expuesto un triángulo central y los laterales (Figura 2). Se realiza la liberación de los colgajos medial y lateral dejando en todo momento el triángulo central fijo a su pedículo inferior. Se procede al manejo glandular programado, en este caso, la capsulotomía total y la colocación del implante anatómico en posición retromuscular, realizando el bolsillo de pectoral mayor, colocación del implante y cierre de la brecha muscular al borde anatómico del músculo. Se realiza la reconstrucción del neosurco inframamario tomando en referencia la longitud del arco del implante anatómico, utilizando material absorbible (polidioxanona 3-0). Una vez concluida la reposición del surco inframamario, se realiza el cierre de los colgajos cutáneos, el avance y cierre de los mismos al meridiano central inferior del marcaje del primer triángulo se cierra por planos.

Caso 1

Mujer de 54 años con diagnóstico de contractura capsular Baker IV izquierda, III derecha más ruptura de implante izquierdo. Antecedentes de mamoplastia de aumento hace 17 años y cambio de implantes más mastopexia hace siete años. Sin ptosis mamaria, con una distancia de horquilla del complejo areola-pezones de 19 cm y pseudoptosis mamaria. Se realizó capsulectomía y cambio de implantes con técnica de corrección del polo inferior de la mama mediante colgajos triangulares (Figura 3).

Caso 2

Mujer de 43 años con antecedente de mastopexia de aumento con implantes hace cinco años. El motivo de la consulta fue por insatisfacción cosmética por volumen y sensación de tener las mamas largas. A la exploración física se encontró altura del complejo areola-pezones a 17 cm. Bilateralmente, distancia del borde inferior de areola al surco inframamario de 10 y 10.5 cm. Base mamaria de 12 cm y altura mamaria de 11 cm. Volumen mamario total de 480 cm³ con implantes redondos de 355 cm³. Por lo que se concluyó un fenómeno de deslizamiento con exceso de piel del polo inferior e insatisfacción cosmética por incremento del volumen mamario. Se realizó la corrección del polo inferior de las mamas, mediante patrón de colgajos triangulares, capsulectomía total, corrección del surco inframamario a 6 cm, colocación de implantes anatómicos de 255 cm³ en posición retromuscular, cierre de las estructuras, con adecuada evolución y seguimiento actual a tres años (Figura 4).

DISCUSIÓN

En las cirugías de revisión por antecedente de cirugía mamaria, ya sea mamoplastia de aumento y/o mastopexia, aquellas pacientes que presentan una posición adecuada del complejo areola-pezones y una ptosis mínima con exceso de piel en el polo inferior de la mama, son candidatas a procedimientos que no manipulen el complejo areola-pezones. Para ello se han propuesto diferentes procedimientos, como la técnica de cicatriz en

Y.⁹ Esta variante busca minimizar la cicatriz, limitándose a la parte inferior de la areola, preservando la conexión entre la areola y el pezón con la piel superior de la mama. Al agregar un componente vertical a este patrón se logra una mastopexia vertical con cicatriz en forma de Y, lo que permite un ajuste en el polo inferior con un mínimo cambio en la posición del pezón. Sin embargo, con esta técnica, la resección de piel del polo inferior está limitada, por lo que para casos donde tengamos la necesidad de una resección mayor a 4-6 cm no será útil y, por otro lado, la cicatriz en la mitad inferior del complejo areola-pezón puede llevar a desarrollar cicatrización patológica causando insatisfacción en las pacientes. Con la técnica descrita en este artículo podemos realizar grandes resecciones de piel, modificar el surco inframamario y cambiar el bolsillo del

implante sin manipular la forma y la altura del complejo areola-pezón.

Otras técnicas incluyen la eliminación subcutánea del exceso de tejido con resecciones triangulares del tejido mamario, conservando la piel.¹⁰ Estas técnicas involucran la manipulación del parénquima mamario, con alto riesgo de producir deformidades o aplanamientos del polo inferior, por lo que no se recomienda de primera instancia.

Existen otras técnicas que implican la resección de pequeñas áreas triangulares de piel y tejido subcutáneo, creando un componente horizontal corto en la parte más baja de la porción vertical. Estas resecciones, junto con la creación de dos pequeñas incisiones horizontales a lo largo del pliegue inframamario, dan lugar a una transición a la técnica de la «T invertida».¹¹ Similar a la técnica descrita por nosotros, la disección de colgajos triangulares con base en el nivel del surco inframamario nos permiten dar una forma curva con apariencia natural de la mama en el polo inferior, sin embargo, preferimos extender el patrón de resección a nivel del surco tanto de forma lateral como medial, lo que permitirá manejar el surco inframamario en caso de que sea necesaria su manipulación.

Por último, Hidalgo y Spector describieron una técnica que implica la resección de una porción en forma de cuña de tejido en la parte central inferior de la mama, seguida de la reconexión de los pilares medial y lateral, para lograr la elevación.⁹ A pesar de minimizar las cicatrices, esta técnica no permite ajustar las dimensiones del complejo areola-pezón y no es apropiada para pacientes con ptosis severa o una gran distancia entre el pezón y el pliegue inframamario, como en nuestros dos casos, donde la distancia entre el complejo areola-pezón y el surco inframamario era mayor a 10 cm y la resección en cuña del tejido glandular nos reduciría la cobertura del implante en casos con poco parénquima o la atrofia del mismo por el antecedente de implantes a este nivel, obligándonos a realizar un bolsillo subpectoral. En casos de aumento donde se quiera modificar el complejo areola-pezón, se puede utilizar una modificación de esta técnica que incorpora una incisión periareolar inferior de hasta 180 grados.



Figura 3: Caso clínico 1. A y B) Prequirúrgicas. C y D) Postquirúrgicas.

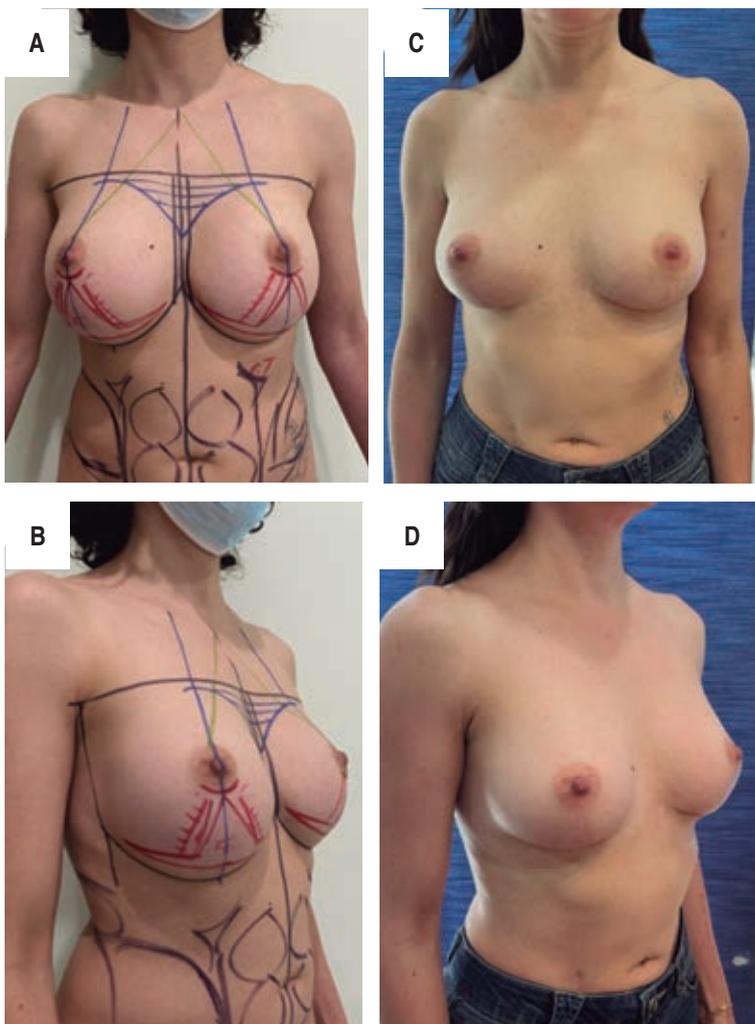


Figura 4: Caso clínico 2. A y B) Marcaje prequirúrgico. C y D) Resultado postquirúrgico.

La técnica descrita representa una alternativa eficaz para pacientes con antecedente de mamoplastia de aumento y/o mastopexia con implantes que cursan en su seguimiento postquirúrgico con un desplazamiento del polo inferior, quienes no ameritan una mastopexia convencional con manipulación del complejo areola-pezones y del parénquima mamario. Es también efectiva para el cambio del implante por contractura capsular o por deseo de la paciente, siendo factible cambiar el plano de éste de forma segura sin perder la convexidad y forma del polo inferior.

CONCLUSIÓN

En ambos casos, se obtuvieron resultados satisfactorios, destacando la importancia de esta técnica para manejar el desplazamiento del polo inferior en pacientes con antecedente de cirugía mamaria. Además, se enfatiza la necesidad de evaluar cuidadosamente la altura del complejo areola-pezones y otras dimensiones anatómicas antes de realizar la corrección.

REFERENCIAS

1. di Summa PG, Oranges CM, Watfa W et al. Systematic review of outcomes and complications in nonimplant-based mastopexy surgery (published correction appears in *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2019; 72:1049). *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2019; 72: 243-272.
2. Doshier LJ, Eagan SL, Shock LA, Henry SL, Colbert SH, Puckett CL. The subtleties of success in simultaneous augmentation-mastopexy. *Plast Reconstr Surg* 2016; 138: 585-592.
3. Spear S. Augmentation/mastopexy: "surgeon, beware". *Plast Reconstr Surg* 2003; 112: 905-906.
4. Messa CA, Messa CA. One-stage augmentation mastopexy: A retrospective ten-year review of 2183 consecutive procedures. *Aesthet Surg J* 2019; 39: 1352-1367.
5. Qureshi AA, Mykатыn TM, Tenenbaum MM. Mastopexy and mastopexy-augmentation. *Aesthet Surg J* 2018; 38: 374-384.
6. Khavanin N, Jordan SW, Rambachan A, Kim JY. A systematic review of single-stage augmentation-mastopexy. *Plast Reconstr Surg* 2014; 134: 922-931.
7. Tebbetts JB, Adams WP. Five critical decisions in breast augmentation using five measurements in 5 minutes: the high five decision support process. *Plast Reconstr Surg* 2005; 116: 2005-2016.
8. Rohrich RJ, Thornton JF, Jakubietz RG, Jakubietz MG, Grünert JG. The limited scar mastopexy: current concepts and approaches to correct breast ptosis. *Plast Reconstr Surg* 2004; 114: 1622-1630.
9. Hidalgo DA, Spector JA. Mastopexy. *Plast Reconstr Surg* 2013; 132: 642e-656e.
10. Swanson E. All seasons vertical augmentation mastopexy: A simple algorithm, clinical experience, and patient-reported outcomes. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2016; 4: e1170.
11. Castello MF, Silvestri A, Nicoli F et al. Augmentation mammoplasty/mastopexy: Lessons learned from 107 aesthetic cases. *Aesthetic Plast Surg* 2014; 38: 896-907.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Correspondencia:

Dr. Francisco Miguel Said-Lemus

E-mail: hakymsaid@gmail.com