

Resultados en mastoplastia reductora por técnica de McKissock modificada en la hipertrofia mamaria moderada

Outcomes of Reduction Mastoplasty by McKissock's Modified Technique in Moderate Breast Hypertrophy

Alicia María Tamayo Carbón¹ <https://orcid.org/0000-0002-5006-266X>

Manuel Alejandro Orozco Jaramillo^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-4883-5651>

Isauro Emmanuel Rendón Oliva¹ <https://orcid.org/0000-0001-8829-4880>

Daniel Alfredo Posada Ruiz¹ <https://orcid.org/0000-0003-1923-5734>

Julián Valdivia Llanes¹ <https://orcid.org/0000-0002-8518-1642>

Autor para correspondencia: manuelorozco.md@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La hipertrofia mamaria es una condición femenina caracterizada por aumento del volumen de la mama, cuya causa es variable. Para su tratamiento existen diversas técnicas quirúrgicas, como la mastoplastia reductora bipediculada vertical.

Objetivos: Describir los resultados antropométricos (volumen mamario, grado de ptosis, distancia entre la horquilla esternal y el complejo areola-pezones) de la mastoplastia reductora por técnica de McKissock modificada en el tratamiento quirúrgico de la hipertrofia mamaria moderada, identificar el grupo etario predominante, las complicaciones, y determinar la conformidad de las pacientes con el resultado.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, longitudinal, que incluyó a 29 pacientes femeninas con diagnóstico de hipertrofia mamaria moderada ingresadas en el Servicio de Cirugía Plástica y Caumatología del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, entre diciembre del 2014 hasta noviembre del 2018. Se realizó cirugía por técnica de McKissock modificada. Para evaluar los resultados se tomaron medidas antropométricas volumétricas y longitudinales posquirúrgicas (1; 3; 6 y 12 meses) y se compararon con las medidas antropométricas preoperatorias. Se aplicó una encuesta de satisfacción a las pacientes.

Resultados: Predominó el grupo etario menor de 40 años. Las medidas antropométricas mamarias planificadas coincidieron con los resultados posoperatorios al año de la intervención: el ascenso promedio del complejo areola-pezón fue de 4,6 cm \pm 1,1; el volumen mamario resecado promedio fue 254,9 g \pm 121,9; en el 87,7 % se corrigió la ptosis vertical; la ptosis divergente se corrigió en promedio de \pm 6cm; el 10,4 % presentó complicaciones menores y el 89,6 % de las pacientes quedaron conformes con los resultados.

Conclusiones: La modificación de la técnica de McKissock en la hipertrofia mamaria moderada recupera la proyección y morfología mamarias con resultados antropométricos duraderos.

Palabras clave: hipertrofia mamaria; antropometría; técnica de McKissock.

ABSTRACT

Introduction: Breast hypertrophy is a female condition characterized by increased breast volume, whose cause is variable. For its treatment, there are various surgical techniques, such as the vertical bipedicle reduction mastoplasty.

Objectives: To describe the anthropometric outcomes of reduction mastoplasty by McKissock's modified technique in the surgical treatment of moderate breast hypertrophy.

Methods: A descriptive, prospective, longitudinal study was carried out with 29 female patients with a diagnosis of moderate breast hypertrophy and admitted to the Department of Plastic Surgery and Caumatology of Hermanos Ameijeiras Clinical-Surgical Hospital, between December 2014 until November 2018. Surgery was performed by McKissock's modified technique. To evaluate the outcomes, post-surgical volumetric and longitudinal anthropometric measurements (at one, three, six, and twelve months) were taken and compared with the preoperative anthropometric measures. A patient satisfaction survey was conducted.

Results: The age group under 40 years predominated. The planned mammary anthropometric measures coincided with the postoperative outcomes one year after the intervention: the average rise of the areola-nipple complex was 4.6 cm \pm 1.1. The average resected breast volume was 254.9 g \pm 121.9. In 87.7%, vertical ptosis was corrected. Divergent ptosis was corrected to an average of \pm 6 cm. 10.4% presented minor complications and 89.6% of the patients were satisfied with the outcomes.

Conclusions: The modification of McKissock's technique in moderate breast hypertrophy recovers breast projection and morphology with lasting anthropometric results.

Keywords: breast hypertrophy; anthropometry; McKissock.

Recibido: 12/11/2019

Aceptado: 06/01/2020

Introducción

La hipertrofia mamaria es una condición caracterizada por el aumento anormal de volumen de la mama. Se clasifica en diferentes grados según el peso del órgano, puede variar desde leve hasta gigantomastia en casos donde el volumen mamario excede los 1500 g, y es multicausal.⁽¹⁾ La mama es una glándula sudorípara modificada.⁽²⁾ En el adulto se extiende sobre el músculo pectoral mayor desde la segunda costilla hasta el borde superior del sexto cartílago costal; medialmente el clivaje alcanza la línea paraesternal y el límite lateral es la línea axilar mediana.⁽³⁾

El desarrollo mamario es una de las características más destacadas de la morfología femenina. A lo largo de la historia, la mama ha sido motivo de atracción, símbolo de sexualidad, belleza, erotismo y expresión de femineidad. Su forma, tamaño, características y la percepción frente a esta han estado íntimamente vinculados a factores históricos, culturales y personales, por lo que continuamente se crean iconos e ideales de belleza que se transforman.^(4,5) El aumento anormal del volumen mamario es motivo de preocupación de muchas de las mujeres con este padecimiento, pues los parámetros de belleza son cada vez más exigentes y llevan a las pacientes a buscar soluciones médicas y estéticas por la aparición de síntomas asociados como cervicalgia, dorsalgia, cansancio general, la presencia de un surco marcado por el sujetador, dermatosis a repetición, entre otras.^(6,7)

Existen diversas técnicas para tratar la hipertrofia mamaria de cualquier grado. Las técnicas de mastoplastia reductora se basan en pedículos vasculares, de ahí que existan técnicas mono- y bipediculadas, horizontales y verticales; las bipediculadas ofrecen mayor seguridad respecto a la vitalidad de los colgajos. Una de las más usadas es la descrita por el Dr. *Paul Kendrick McKissock* en 1977 quien modificó la técnica de Strombeck convirtiéndola en un doble pedículo vertical.⁽⁸⁾ Dada su versatilidad, se ha utilizado como técnica de mastopexia y de reducción mamaria, lo que ha llevado a la incorporación de modificaciones. Son pocos

los estudios que muestran resultados basados en parámetros antropométricos, definidos como el estudio de las medidas y proporciones del cuerpo humano,⁽⁹⁾ concepto muy importante aplicado en este estudio, porque permite valorar las medidas para cada paciente en el momento preoperatorio y su seguimiento en el posoperatorio.

La hipertrofia mamaria moderada es un problema de salud que requiere tratamiento quirúrgico que aporte, además, resultados estéticos satisfactorios. La presente investigación reafirma que la técnica de mastoplastia reductora bipediculada vertical (McKissock) es en la actualidad una técnica segura en el tratamiento de la hipertrofia mamaria moderada, ya que garantiza una vascularización adecuada del tejido conservado con reducción del volumen mamario excedente y prevención de complicaciones por fenómenos isquémicos como la necrosis del complejo areola-pezones (CAP), la esteatonecrosis, lipolisis, dehiscencias y resultados inestéticos. De esta manera garantiza una recuperación precoz con reincorporación de la mujer a la vida social y menos gastos hospitalarios. Asimismo, previene la progresión de enfermedades osteodegenerativas como la artrosis y con esto la limitación funcional.

Un momento importante del tratamiento es la planificación y el marcaje, proceso que sirve de referencia para llevar a cabo la modificación quirúrgica de la estructura mamaria. Por eso, el propósito de este estudio es mostrar la experiencia de los resultados en el tiempo de las pacientes tratadas en el Servicio de Cirugía Plástica y Caumatología del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras a través de los resultados antropométricos que se obtienen con la mastoplastia reductora por técnica de McKissock modificada en el tratamiento quirúrgico de la hipertrofia mamaria moderada, identificar el grupo etario predominante, las complicaciones y la conformidad de las pacientes con el resultado.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, longitudinal, en las pacientes que ingresaron en el Servicio de Cirugía Plástica y Caumatología del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras con el diagnóstico de hipertrofia mamaria moderada y que fueron intervenidas quirúrgicamente con la técnica de McKissock modificada, en el periodo comprendido entre diciembre de 2014 hasta noviembre de 2018. Se incluyeron a las mujeres sanas de 20 a 50 años de edad que presentaron hipertrofia mamaria moderada y deseaban participar en el estudio, previo consentimiento informado. Se excluyeron a las pacientes con malnutrición, antecedentes de enfermedad oncológica, dermatológica local o crónicas descompensadas, así

como a pacientes tomadoras de medicamentos inmunosupresores y anticoagulantes, fumadoras y embarazadas o puérperas.

El presente estudio fue aprobado por los Consejos Científicos de las instituciones participantes. La investigación se realizó conforme a los principios de la ética médica, a las normas éticas institucionales y nacionales vigentes y a los principios de la Declaración de Helsinki.

Consulta preoperatoria: Las pacientes se clasificaron en la consulta según el grado de hipertrofia mamaria; se indicó chequeo preoperatorio y preanestésico; se explicó el tratamiento quirúrgico, los beneficios y las posibles complicaciones del procedimiento; se aclararon sus dudas y se firmó el consentimiento informado. Se registraron datos generales, peso, talla, índice de masa corporal, antecedentes patológicos, medidas antropométricas preoperatorias, volumen mamario, grado de ptosis, fototipo de piel, así como los deseos en cuanto a la reducción, proyección y la morfología de cada paciente. Por último, se realizó el registro fotográfico y se indicó ingreso hospitalario.

Indicaciones preoperatorias: Dieta libre hasta las 18:00 h y líquida hasta 6 h previas a la cirugía; se indicó profilaxis antibiótica con cefazolina 3 g (1 g pre-, trans- y posoperatorio) y diazepam 5 mg, 1 tableta por vía oral a las 22:00 h.

Mensuraciones para la planificación preoperatoria y evaluación de resultados: Distancia entre la horquilla esternal y el CAP, la distancia entre pezón y pezón en bipedestación y en decúbito supino, la distancia entre la horquilla esternal y el punto V, la distancia entre la línea media claviclar al punto V, el diámetro CAP, el volumen mamario según el método de Bowman,⁽¹⁰⁾ la clasificación para volumen mamario de Lalardrie y Jouglard,^(11,12) y las clasificaciones de ptosis divergente y ptosis vertical, según la escala de Kirwan.⁽¹³⁾

Técnica quirúrgica de McKissock modificada: Paciente en decúbito supino, con los brazos extendidos a nivel de los hombros, se aplica anestesia general, asepsia y antisepsia y se colocan paños estériles. Se realiza la incisión según la planificación y desepitelización del colgajo bipediculado vertical. Se hace una exéresis en cuña hasta llegar a la fascia anterior del músculo pectoral mayor de las regiones aledañas al colgajo que se deja intacto, a diferencia de la técnica original en la que se disminuye el volumen mamario resecaando el tejido en la unión del colgajo con la fascia muscular semejando un asa de cubo. Con una hemostasia rigurosa, se realiza la plicatura vertical en ambos lados del pedículo, en su tercio inferior hacia la aponeurosis del pectoral mayor, con sutura no absorbible 2-0, con técnica de punto Mayo, sutura por planos, cierre cutáneo sin tensión previa colocación de los drenajes y, luego, vendaje oclusivo.

Cuidados posoperatorios: Durante el posoperatorio inmediato se continúa la hidratación intravenosa, profilaxis antibiótica, analgesia y el tratamiento sintomático, así como reposo en la posición en semi-Fowler. La primera cura se practica al día siguiente, mediante la técnica seca con alcohol y se ocluye la herida quirúrgica con apósito estéril y ajustador quirúrgico. Si la paciente se recupera de manera óptima y sin complicaciones, se da de alta al día siguiente del procedimiento quirúrgico con seguimiento por consulta externa hasta el retiro de los puntos entre 15 y 21 días.

Evaluación los resultados estéticos del tratamiento quirúrgico: Para evaluar los resultados se realizó la toma de las medidas antropométricas volumétricas y longitudinales posquirúrgicas (1; 3; 6 y 12 meses) y se emplearon fotografías en posición frontal, de perfil y oblicua de ambos lados y se midió la simetría entre las dos mamas.

Procedimientos para el análisis de la información y procesamiento estadístico: Los datos obtenidos se recolectaron en una base de datos en Microsoft Excel versión 3.0, y se procesaron mediante el paquete estadístico de SPSS-PC, versión 17.1, que permitió confeccionar tablas y gráficos que facilitaron su exposición y comprensión.

Se emplearon medidas descriptivas de estadística para el resumen de los datos, para las variables cualitativas se determinó la frecuencia absoluta y relativa expresada en porcentajes y para las variables cuantitativas se determinaron los promedios y la desviación estándar. Se confeccionaron tablas de contingencia de dos entradas, aplicando las medidas de resumen de estadística descriptiva indicadas.

Resultados

Entre las pacientes, predominó el rango de 20 a 30 años de edad (41,4 %), seguido de las pacientes de 30 a 40 años (34,5 %). La tabla 1 muestra la distancia que se obtuvo de la horquilla esternal al centro del CAP preoperatoria, así como la modificación de esta medida a los 6 meses y al año del posoperatorio. El ascenso promedio del CAP fue de 4,6 cm \pm 1,1.

El volumen promedio de la mama derecha fue de 715 cc, con una cantidad resecada promedio de 254,9 cc. Quedó un volumen posoperatorio promedio de 460 cc. Las medidas en la mama izquierda fueron muy similares (Tabla 2).

Tabla 1 - Comparación de la distancia de la horquilla esternal al centro del complejo areola-pezones, en el preoperatorio y el posoperatorio

Medida	Lado derecho		Lado izquierdo	
	Promedio (cm)	Desviación estándar	Promedio (cm)	Desviación estándar
Preoperatorio	24	2,5	24,1	2,6
Posoperatorio				
6 meses	20,1	1,6	20,1	1,6
12 meses	20,5	1,6	20,6	1,4

Fuente: Historia clínica.

Tabla 2 - Relación del volumen mamario preoperatorio, el volumen mamario posoperatorio y el volumen mamario resecado

Medida	Lado derecho		Lado izquierdo	
	Promedio (cc)	Desviación estándar	Promedio (cc)	Desviación estándar
Preoperatorio	715,5	142,9	713,7	114,7
Posoperatorio 12 meses	460,6	91,8	463	74,40
Volumen resecado	254,9	121,9	250,7	129,2

Fuente: Historia clínica.

Respecto al grado de ptosis se observó un predominio del estadio E, según la clasificación de Kirwan,⁽¹³⁾ con 41,4 % del total de los casos, seguido del estadio D (34,5 %). Una vez realizadas las intervenciones quirúrgicas, la mayoría de las pacientes presentaron un estadio A y solo 3 tuvieron un estadio B en el posoperatorio tardío, lo que representó el 10,3 % (Figs. 1 y 2).

En cuanto a la variación de la medida entre pezón y pezón, se obtuvo una distancia promedio preoperatoria de 22,8 cm en la bipedestación y de 21,7 cm en el posoperatorio. En la posición en decúbito supino, la distancia promedio preoperatoria fue de 34,4 cm y de 25 cm en el posoperatorio (Tabla 3).

Un total de 26 pacientes quedaron conformes con los resultados, lo que representó el 89,6 %, mientras que 3 pacientes (10,4 %) presentaron complicaciones menores.

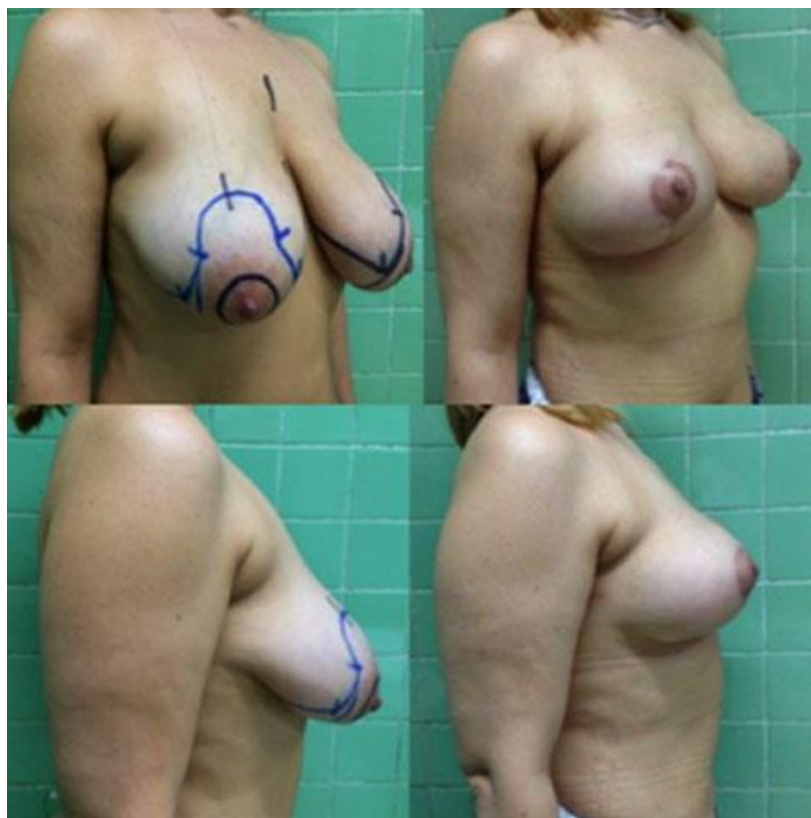


Fig. 1 - Vistas oblicua y lateral derechas que muestra la corrección de la ptosis mamaria.



Fig. 2 - Vista oblicua derecha e izquierda que muestra la elevación y simetría del complejo areola-pezones.

Tabla 3 - Relación preoperatoria y posoperatoria de la ptosis divergente con la paciente en decúbito supino y en bipedestación

Medida	Decúbito supino		Bipedestación	
	Promedio (cm)	Desviación estándar	Promedio (cm)	Desviación estándar
Preoperatorio	31,4	4,8	22,8	1,8
Posoperatorio 6 meses	24,4	2,5	21,4	2
12 meses	25	2,4	21,7	2

Fuente: Historia clínica.

Discusión

En la mayoría de los estudios existe coincidencia con respecto al promedio de edad de las pacientes que acuden con el fin de mejorar los síntomas y su apariencia estética. Nuestro estudio contó con una muestra de 29 pacientes, con predominio de menores de 40 años de edad. *Menderes* realizó un estudio con 42 casos y un promedio de edad entre 29,5 y 31,8 años,⁽¹⁴⁾ similar a los de *Rafael de la Plaza*,⁽¹⁵⁾ quien investigó a pacientes con un promedio de edad de 33 años y *Fogli*⁽¹⁶⁾ para quien el 70 % de su casuística estuvo entre 20 y 50 años. La planificación preoperatoria permitió hacer una corrección de las estructuras de la mama como el CAP a su posición actual, que fue llevada a la distancia promedio que describen diversos autores como *Roa*⁽¹⁷⁾ y otros.^(18,19) Para ello se empleó como puntos de referencia la horquilla esternal, la línea media clavicular y el punto V, que permiten valorar la posición más específica del centro del nuevo CAP.

Cuando se trata de hipertrofia mamaria, se presupone que la cirugía realizada llevará una resección del tejido mamario, la que debe ser acorde con las medidas antropométricas y la relación entre la proyección y la base mamaria.

Menderes y otros, en su estudio comparativo de la técnica de McKissock clásica y una modificación realizada a esta, describieron un promedio de resección de 603 g y 587 g del volumen total extirpado, respectivamente.⁽¹⁴⁾ Un valor semejante se obtuvo en la presente investigación (505,6 g).

Se observó que la hipertrofia mamaria moderada, se acompañó de ptosis, casi siempre severa, corregida con la técnica empleada. En el caso de la ptosis divergente, esta será mayor en proporción al volumen mamario y a la pérdida de fijación de las estructuras de sostén. Existen

escasas referencias sobre la ptosis divergente. En la modificación de la técnica de McKissock, la fijación del colgajo bipediculado vertical a la fascia muscular ofrece estabilidad a la estructura mamaria y corrige la divergencia.

Las complicaciones se presentaron en el posoperatorio tardío: una dehiscencia parcial de la herida, menor de 1 cm, que representó 3,4 % y que se resolvió por cierre por segunda intención. Respecto a la cicatriz, hubo dos ensanchamientos en la porción vertical (6,6 %), que fue incluido como complicación, por ser un factor que afectó la conformidad de las pacientes. Se consideraron menores, ya que no se requirió tratamiento quirúrgico para su corrección y no afectó la simetría o forma de la mama. Estas complicaciones coinciden con algunas de las descritas en el artículo *de La Plaza*.⁽¹⁵⁾

El 89,4 % de las pacientes dijo estar conforme con los resultados en cuando a la reducción y proyección de la mama. La razón por la que el 10,4 % de las pacientes no estuvieron conformes fue no haber resecado más volumen, con la consiguiente reducción de tamaño que esperaban, lo que coincide con las pacientes que presentaron alguna complicación.

Conclusiones

La técnica de McKissock modificada continúa siendo una opción vigente para el tratamiento de la hipertrofia mamaria moderada por los buenos resultados que se obtienen. Las medidas antropométricas son un parámetro objetivo en la planificación preoperatoria y en el seguimiento posoperatorio de los resultados obtenidos con la intervención quirúrgica. La dehiscencia y el ensanchamiento de la cicatriz fueron las complicaciones observadas en el estudio. La mayoría de las pacientes estuvo conforme con los resultados obtenidos con el tratamiento.

Referencias bibliográficas

1. Alviar Rueda JD. Patología mamaria benigna: diagnóstico y tratamiento. Med Uis. 2018 [Acceso 11/11/2019];31(3):61-71. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v31n3/0121-0319-muis-31-03-67.pdf>
2. Andrades P, Prado A, Sepúlveda S, Benitez S. En: Andrades P, Sepúlveda S, eds. Cirugía plástica esencial. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2005. p.175-200.
3. Celso Bohorquez E, Roa TT. Anatomía quirúrgica mamaria. En: Coiffman F. Coiffman cirugía plástica reconstructiva y estética. 4ta. ed. Bogotá: Amolca; 2016. p. 1835-51.

4. Pitanguy I, Radwanski HN. Corrección de las hipertrofias mamarias y de la hipomastia. En: Coiffman F. Coiffman cirugía plástica reconstructiva y estética. 4ta. ed. Bogotá: Amolca; 2016. p. 1857-68.
5. Jiménez Reyes W, Rodríguez Gil E. Mastoplastia reductiva por técnica de Thorek modificada en gigantomastia. Rev Inform Cient. 2018 [Acceso 11/11/2019];97(1):183-91. Disponible en: <https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewiKgc-Eq-LIAhVRmVkJHdTNAC8QFjAFegQIARAC&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F6259749.pdf&usg=AOvVaw2sWpLI-d3mKXrJpfFoHiA8>
6. Fonseca CC, Veiga DF, Garcia EDS, Cabral IV, de Carvalho MM, de Brito MJ, *et al.* Breast hypertrophy, reduction mammoplasty, and body image. Aesthet Surg J. 2018 [Acceso 11/11/2019];38(9):972-9. PubMed:PMID:29425275. Disponible en: <https://ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/29425275/>
7. Pérez Panzano E, Gascón Catalán A, Sousa Domínguez R, Carrera Lasfuentes P, García Campayo J, Güemes Sánchez A. Reduction Mammoplasty improves levels of inxiety, depression and body image satisfaction in patients with symptomatic macromastia in the short and long term. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2017 [Acceso 11/11/2019];38(4):268-75. PubMed.PMID:28075191. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0167482X.2016.1270936>
8. Meza Calderón I, Aun Dau E. Modificación de técnica de McKissock para reducción mamaria: experiencia en 25 años. Rev Col Cir Plast Reconstr. 2019 [Acceso 07/11/2019];25(1):48-52. Disponible en: <http://ciplastica.com/ojs/index.php/rccp/article/viewFile/98/pdf>
9. Real Academia de la Lengua Española. Diccionario de la lengua española. 23.^a ed. 2019. Disponible en: <https://dle.rae.es/antropometr%C3%ADa?m=&e=>
10. Ramirez MA. Estudio del volumen mamario. En: Coiffman F. Texto de cirugía plástica, reconstructiva y estética. 3.^a ed. Buenos Aires: Amolca; 2008.
11. Navarro C. Cirugía estética de la macromastia. Técnica personal. En: Coiffman F. Texto de cirugía plástica, reconstructiva y estética, senos, tronco, miembros inferiores. 3.a ed. Buenos Aires: Amolca; 2008. p. 2850-9.
12. Lalardrie JP, Jouglard JP. L' hypertrophie et la ptose mammaires. Chirurgie plastique du sein. Paris: Masson; 1974. p. 27-47.

13. Kirwan LA. Clasificación and algorithm for treatment of breast ptosis. *Aesthetic Surg J.* 2002 [Acceso 07/11/2019];22:355-63. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/19331990/>
14. Menderes A, Mola F, Vayvada H, Yilmaz M, Baytekin C. Dermal suspension flaps for McKissock's vertical bipedicle flap vs. classical McKissock's technique: comparison of aesthetic results and patient satisfaction. *Br J Plast Surg.* 2005 [Acceso 07/11/2019];58:209-15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/15710116/>
15. Plaza R de la. Mamoplastia de reducción con cicatriz en T invertida. En: *Las cuatro estaciones de las mamas: evaluación, diseño y aplicación de procedimientos quirúrgicos.* Berrocal M. Bogotá: Impresiones Médicas; 2014. p. 62-74.
16. Fogli A. Reduction mammoplasty according to McKissock's technique. A review of 312 cases. *Ann Chir Plast Esthet.* 1993 [Acceso 07/11/2019];38:198-205. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/8304742/>
17. Roa TT. Mamas, aspectos generales. En: Coiffman F. *Texto de cirugía plástica, reconstructiva y estética: senos, tronco, miembros inferiores.* 3.^a ed. Buenos Aires: Amolca; 2008. p. 2850-9.
18. McKissock PM. Reduction mammoplasty. In: *Operative techniques in plastic surgery.* Germany: Thieme; 2000. p. 3-45.
19. Jatoi I. Plastic and reconstructive breast surgery. En: Jatoi I, Kauffmann M, Petit JY. *Atlas of breast surgery.* Berlin: Springer Verlag; 2006. p. 115-20.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.