
Tratamiento de la ptosis mamaria utilizando la técnica de Liacyr Ribeiro tipo I modificada

Treatment of the mammary ptosis utilizing the technique of Liacyr Ribeiro type I modified

MSc. Enrique Joaquín Moya-Rosa; Dra. Yadira Moya-Corrales.

Hospital Universitario Manuel Ascunce Doménech. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Fundamento: la mastopexia tiene como objetivo reposicionar el complejo areola-pezón que ha descendido por disminución de la capacidad elástica de los tejidos y remodelar la mama remanente, al reestructurar el tejido glandular y resecaando el excedente cutáneo secundario.

Objetivo: determinar los resultados estéticos de la mastopexia al utilizar la técnica de Liacyr Ribeiro pedículo tipo I modificada por el autor.

Métodos: se realizó un estudio prospectivo, de corte transversal acerca de la aplicación de la técnica de mastopexia descrita por el profesor Liacyr Ribeiro, pedículo tipo I a la cual se le realizó una modificación al utilizar para su diseño el patrón de Wise, desde enero de 2014 a diciembre de 2017, la muestra fue de 24 pacientes con diferentes grado de ptosis mamaria, tomada de forma no probabilística lo que coincidió con el universo.

Resultados: la mayoría de las pacientes operadas tenían un grado tres de ptosis mamaria. Del total de las pacientes solo el 5,85 % presentó diferentes grados de complicaciones relacionadas con el proceder. El 91,67 % estuvieron satisfechas con el proceder y los resultados obtenidos.

Conclusiones: la mastopexia es un procedimiento quirúrgico con altos niveles de seguridad, que logra un cambio importante en la imagen corporal de las pacientes y que produce gran satisfacción en ellas.

DeCS: PEZONES/ CIRUGÍA; MAMOPLASTIA; COLGAJOS QUIRÚRGICOS; TEJIDO ELÁSTICO/ CIRUGÍA; ESTUDIOS PROSPECTIVOS.

ABSTRACT

Background: the mastopexy aims at repositioning the areole - nipple complex that has descended because of the decrease of the elastic capability of tissues and remodeling the remaining mamma, restructuring the glandular tissue and resecting the cutaneous secondary surplus.

Objective: to determine the mastopexy's esthetic results using Liacyr Ribeiro's technique peduncle type I modified by the author.

Methods: it was carried out a prospective, cross-sectional study about the application of the technique of mastopexy described by the professor Liacyr Ribeiro peduncle type I to which a modification was made by using for its design Wise's pattern, from January, 2014 to December, 2017. The sample was 24 patients with different grade of mammary ptosis, taken in a not-probabilistic form coinciding with the universe.

Results: the majority of the patient that underwent surgery had a grade 3 of mammary ptosis. Of the total of patients, the 5.85 % presented different grades of complications related to procedure. The 91.67 % was pleased with the procedure and the obtained results.

Conclusions: the mastopexy is a surgical procedure with high security levels, that achieves an important change in the patients' corporal image and produces great satisfaction in them.

DeCS: NIPPLES/surgery; MAMMAPLASTY; SURGICAL FLAPS; ELASTIC TISSUE/surgery; PROSPECTIVE STUDIES.

INTRODUCCIÓN

Las mamas representan una parte muy importante del cuerpo de la mujer. Siempre han sido consideradas como una zona impregnada de sensualidad y están asociadas a la belleza femenina.¹

La ptosis mamaria corresponde a una alteración estética en la que se observa un descenso de la mama por debajo del pliegue inframamario. Son muchas las causas que se le atribuyen y resulta de difícil corrección para el cirujano. Muchas veces a la ptosis mamaria se une una hipotrofia, es decir un tamaño pequeño de la mama.²

La ptosis mamaria es una consulta frecuente en la práctica del médico estético. Se ha denominado ptosis mamaria al trastorno de forma del busto por descolgamiento gradual del seno

femenino por debajo del surco submamario, que corresponde al pliegue natural situado bajo el busto, al hacer que haya un posicionamiento demasiado bajo del complejo areola pezón (llamado por su sigla CAP), donde pierde el seno la redondez característica y se vuelve ovalado y a veces aplanado. La ptosis mamaria es un estado morfológico secundario a fenómenos fisiológicos normales o enfermedades.^{2,3}

La ptosis de la mama es una combinación de cambios estructurales parenquimatosos que originan relajación y desequilibrios en las tensiones de los elementos de sostén.¹

La mastopexia tiene como objetivo reposicionar el complejo areola-pezón que ha descendido por disminución de la capacidad elástica de los tejidos y remodelar la mama remanente, al

reestructurar el tejido glandular y resecaando el excedente cutáneo secundario. Esta ptosis debe corregirse mediante una suspensión duradera en el tiempo. A diferencia de las técnicas de reducción, la mastopexia no incluye resección de tejidos, sino una redistribución de éstos (por convención se acepta una resección de hasta 100 grs. para ser considerada mastopexia; si es mayor, es una reducción).^{4,5} Es objetivo del trabajo determinar los resultados estéticos de la mastopexia utilizando la técnica de Liacyr Ribeiro pedículo tipo I modificada por el autor.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal, en pacientes con diagnóstico de ptosis mamaria, las cuales fueron atendidas en la consulta de cirugía plástica del Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech de la provincia Camagüey, desde enero de 2014 a diciembre de 2017. La población objetivo del estudio quedó constituida por los 24 pacientes.

Criterios de inclusión: Pacientes con edades comprendidas entre 18 a 55 años. Pacientes con el diagnóstico de ptosis mamarias.

Pacientes con ASA 1 o 2

Criterio de exclusión: Pacientes que no cumplieran los criterios anteriores.

Procedimiento: Los datos fueron obtenidos a partir de las historias clínicas, de las cuales se extrajeron estos y se evaluaron las variables: edad, grado de ptosis mamaria, antecedentes etiológicos, complicaciones y grado de satisfacción de las pacientes.

Evaluación de las pacientes

En relación con la evaluación de las mamas se

pudo observar el volumen, la simetría y la posición del complejo areola-pezones (CAP), y después llevar a cabo una palpación de todos los cuadrantes mamarios y de las axilas. Es obligatorio evaluar las características clínicas de la envoltura de la mama mediante el test de pellizco para determinar si éste es mayor o menor de 2 cm, y el grado de atrofia o hipoplasia post-lactancia, así como determinar el grado de ptosis según la clasificación de preferencia del cirujano que va a intervenir.

El autor utilizó para clasificar los diferentes grados ptosis mamaria en las pacientes el método propuesto por Regnault P,^{6,7} por ser sencillo y eficiente, el cual describe a continuación: primer grado, complejo areola pezón (CAP) a nivel del surco submamario y el polo inferior de la mama por debajo de este; segundo grado, tanto el CAP como el polo inferior de la mama están por debajo del surco submamario pero el CAP por encima del polo inferior y tercer grado tanto el CAP y el polo inferior mamario están por debajo del surco submamario y el CAP por debajo del polo inferior mamario.

Diseño de la técnica

Con la paciente semi-sentada en una mesa, se trazó una línea vertical cuyo inicio está entre 6 a 8 cm de la horquilla esternal en la clavícula. Esta línea va a pasar por el (CAP). A una distancia entre 17 a 22 cm se colocó el patrón de Wise, referido por Rodríguez Salazar O,⁸ y se marcó el mismo; en vez de usar la técnica de marcaje clásica de Pitanguy, descrita por Ribeiro L et al.^{9,10}

El CAP queda enmarcado dentro del trazado descrito por el molde de Wise, al asegurarse una excelente nutrición de este, al quedar conformada una técnica tripediculada. Con la ma-

ma elevada se visualiza el polo inferior y se diseña un pedículo de base inferior a partir del surco submamario alrededor de 4 a 6 cm de ancho por 7 a 8 cm de largo con un espesor dermoglandular cerca de 3 a 4 cm, se decortica tanto el pedículo diseñado como toda el área periareolar que queda enmarcada en el molde utilizado.

Una vez realizado este proceder se profundiza por plano hasta llegar a la aponeurosis de los pectorales, hemostasia y exérecis del tejido redundante, se procede a fijar este pedículo inferior en la aponeurosis muscular por su extremidad libre a 2 cm del extremo más distal por detrás del área tripediculada al originar una mama cónica. Se voltea sobre sí misma la extremidad libre del pedículo inferior de forma que la zona cruenta quede en contacto con la zona cruenta de la mama y así lograr la recanalización de los conductos galactóforos. Se unen los cuatro puntos (dos superiores y dos

inferiores) estos puntos inferiores se unen al porción central del surco submamario y se sutura y queda como resultado una incisión en T invertida.

Los datos fueron procesados por métodos computarizados, se evaluaron las variables: edad, grado de ptosis mamaria, antecedentes etiológicos, complicaciones y grado de satisfacción de las pacientes.

RESULTADOS

La relación de la edad con los diferentes grado de ptosis mamaria se mostraron en una tabla, donde se puede observar que la mayor parte de las pacientes presentaban grado de ptosis III que correspondían con los grupos de edades entre 28-37 años, a su vez el menor número en las pacientes con grado de ptosis mamaria grado I y en las edades comprendidas entre 18 a 27 años (12,50 %) (tabla1).

Tabla 1. Relación entre los diferentes grados de ptosis mamaria y los grupos de edades

Grupo de edades	Grados de ptosis mamaria							
	I		II		III		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
18-27 Años	3	12,50	0	0	0	0	3	12,50
28-37 Años	0	0	4	16,67	10	41,67	14	58,34
38-47 Años	0	0	2	8,33	3	12,50	5	20,83
48 o más años	0	0	0	0	2	8,33	2	8,33
Total	3	12,50	6	25,00	15	62,50	24	100

Fuente: historia clínica.

Según los diferentes grados de ptosis mamaria en relación con los antecedentes que pueden haber conllevado a la misma, se pudo observar que el embarazo y la lactancia 83,33 % y 79,17 % respectivamente constituyeron las principales causas que se recogen, seguido del adelgazamiento 66,66 %, el mayor número presentes en las paciente clasificadas con ptosis mamaria grado III. Es de destacar que una misma paciente puede haber estado presente más de un factor predisponente a dicha alteración mamaria (tabla 2).

Las complicaciones encontradas al aplicar la técnica de mastopexia de Liacyr Ribeiro pe-

dículo tipo I modificada en relación con los diferentes grados de ptosis mamaria Se pudo observar que el mayor número de complicaciones encontradas fue en las pacientes con grado de ptosis mamaria II y III, entre la que se exponen la dehiscencia de la herida 2,34 % como complicación principal, aunque de forma general solo se encontró un 5,85 % de complicaciones en este estudio (tabla 3).

El grado de satisfacción de las pacientes fue bueno, con satisfacción total en 22 pacientes para un 91,67 %. Satisfacción parcial en el 8,33 %, no existió insatisfacción en ninguna de las pacientes (tabla 4).

Tabla 2. Grados de ptosis mamaria en relación con los antecedentes

	Grado de ptosis mamaria							
	Grado I		Grado II		Grado III		Total	
Antecedentes	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Adelgazamiento	2	8,33	4	16,66	10	41,66	16	66,66
Embarazo	3	12,5	5	20,83	12	50	20	83,33
Lactancia	3	12,5	4	16,66	12	50	19	79,17
Senectud	0	0	0	0	2	8,33	2	8,33

Fuente: historia clínica.

Tabla 3. Relación de las complicaciones con los diferentes grados de ptosis mamaria y la técnica aplicada

Complicaciones	Grados de ptosis Mamaria							
	I		II		III		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Isquemia de la areola	0	0	0	0	1	1,17	1	1,17
Dehiscencia	0	0	1	1,17	1	1,17	2	2,34
Hematoma	0	0	1	1,17	0	0	1	1,17
Seroma	1	1,17	0	0	0	0	1	1,17
Total	1	1,17	2	2,34	2	2,34	5	5,85

Fuente: historia clínica.

Tabla 4. Grado de satisfacción de las pacientes con los resultados con la técnica aplicada

Grado de satisfacción de las pacientes		
	Nº	%
Satisfacción total	22	91,67
Satisfacción parcial	2	8,33
Insatisfecha	0	0
Total	24	100

Fuente: historia clínica.

DISCUSIÓN

La mastopexia (levantamiento de senos) es una intervención quirúrgica que tiene como finalidad corregir la ptosis mamaria es decir subir y moldear la mama. Se basa en la realización de una serie de incisiones quirúrgicas que permitirán corregir el exceso de flacidez del seno, al levantarlo y corregir su volumen y aspecto estético.^{11,12}

El objetivo de toda cirugía en la mama es conseguir la forma más bonita, con el tamaño adecuado y con la mínima cicatriz. A lo largo del tiempo se han desarrollado múltiples técnicas.¹³

El hecho de que el estudio la mayoría de las pacientes estén clasificadas con grado de ptosis III y en edades comprendidas entre 28 a 37 años está dada por que ya a estas edades la mujer ha desarrollado el proceso de embarazo junto con el parto y la lactancia materna, factores que entre otros que conllevan al desarrollo de esta entidad.^{14,15} Además el autor considera que muchas veces las pacientes tiene una gran ganancia de peso durante el embarazo o sin este, con las consiguientes dietas y adelgazamiento posterior, factores estos que también conllevan al desarrollo de diferentes grado de ptosis en las féminas.

Las mamas caen por gravedad, condicionadas por procesos comunes en la vida de una mujer como: la lactancia, las variaciones de peso corporal, la tendencia a la laxitud de los tejidos y la senectud.^{3,16} Esta combinación de factores crea un estigma psicológico negativo que demanda una corrección estética. Muchas de estas pacientes han gozado por años de una conformación corporal esbelta, con senos turgentes, volúmenes mamarios normales y posición correcta de sus senos en el tórax.¹⁷⁻¹⁹

El autor considera que ninguna cirugía está exenta de riesgos ya que cada organismo reacciona de forma diferente. En la inmensa mayoría de los casos la evolución es satisfactoria pero un grupo pequeño de pacientes puede presentar alguna alteración que tratada de manera oportuna no debería representar mayor inconveniente. De forma general el grado de complicaciones al aplicar la técnica de mastopexia de Liacyr Ribeiro tipo I modificada fue escaso, y las pacientes que las presentaron estaba clasificadas con grado de ptosis II y III y los resultados estéticos fueron buenos (figura 1 y 2).



Figura. 1 Preoperatorio
(Ptosis mamaria grado III).

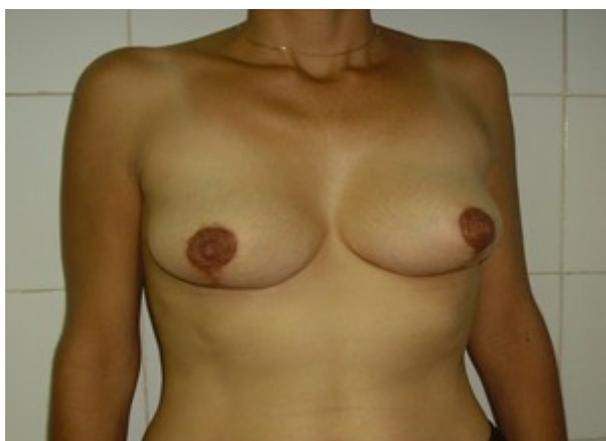


Figura 2. Postoperatorio a los tres meses.

Las complicaciones pueden ser remotas, sin embargo pueden presentarse cualquiera de las complicaciones de la cirugía, como hematomas, infecciones localizadas, aperturas de la piel fáciles de corregir.²⁰

La disminución temporal o definitiva de la sensibilidad del pezón es remota, pero se puede presentar, es temporal y puede durar varios meses. La evolución de la cicatriz dependerá de la evolución del paciente y de los cuidados del mismo.²¹

La aparición de complicaciones pueden desarrollar insatisfacciones en al pacientes aunque en el estudio el grado de satisfacción de las pacientes con los resultados obtenidos con la técnica aplicada en su mayoría fue bueno.

CONCLUSIONES

La técnica de mastopexia descrita por Liacyr Ribeiro tipo I, modificada por el autor, es un procedimiento quirúrgico con altos niveles de seguridad, que logra un cambio importante en la imagen corporal de las pacientes y que produce gran satisfacción en ellas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Groyecka A, Żelaźniewicz A, Misiak M, Karwowski M, Sorokowski P. Breast shape (ptosis) as a marker of a woman's breast attractiveness and age: Evidence from Poland and Papua. *Am J Hum Biol.* 2017 Jul;29(4): doi: 10.1002/ajhb.22981

2. Moreno Gallent I, Ribera Pons M. Mastopexia y prótesis. Revisión a los 5 años. *Cir plást iberolatinoam* [Internet]. 2006 Jun [citado 10 Dic 2018];32(2):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0376-78922006000200005&lng=es>
3. Qureshi AA, Myckatyn TM, Tenenbaum MM. Mastopexy and Mastopexy-Augmentation. *Aesthet Surg J*. 2018;38(4):374-384.
4. Arora G, Arora S. Thread Lift in Breast Ptosis. *J Cutan Aesthet Surg*. 2017 Oct-Dec;10(4):228-230.
5. Eyck BM, van Dongen JA, Athanassopoulos T, Martins JB, Stevens HP. Response to Why the Nipple is an Unreliable Marker for Measuring Breast Ptosis. *Aesthet Surg J*. 2017;37(2):1010-93.
6. Regnault P. Breast reduction and mastopexy, an old love story: B Technique update. *Aesth Plast Surg*. 1990;14(2):101-106.
7. Regnault P. Breast ptosis. Definition and treatment. *Clin Plast Surg*. 1976;3(2):193-203.
8. Rodríguez Salazar O. Variaciones al patrón de marcaje Wise en la cirugía estética mamaria por mínima incisión. *Arch Med Cama-güey* [Internet]. 2012 Jun [citado 11 Dic 2018];16(3):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1025-02552012000300002&lng=es>
9. Ribeiro L, Accorsi J, Buss A, Marcal-Pessoa M. Creation and evolution of 30 years of the inferior pedicle in reduction mammoplasties. *Plast Reconstr Surg*. 2002;110(3):960-70.
10. Ribeiro L. *Pedículos em mamoplastia: atlas e texto*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;2005.
11. Kono T, Kusano T, Sato N, Yoshimoto S, Nakamura S. Natural mastopexy repositioning based on age-related mean breast shape. *Asian J Surg*. 2018 Jul;41(4):295-300.
12. de Vita R, Zoccali G, Buccheri EM. The Balcony Technique of Breast Augmentation and Inverted-T Mastopexy With an Inferior Dermo-glandular Flap. *Aesthet Surg J*. 2017;37(10):1114-1123.
13. Cai J, Chen B, Zhou Y, Ma H. Correction of minor breast ptosis by subfascia breast augmentation with periareolar incision and anatomic mammary implant. *Zhonghua Zheng Xing Wai Ke Za Zhi*. 2014;30(3):175-8.
14. Wolter A, Scholz T, Pluto N, Diedrichson J, Arens-Landwehr A, Liebau J. Mastopexy in Massive Weight Loss Patients-Extended Ribeiro Technique and Usage of the Lateral Intercostal Artery Perforator Flap (LICAP Flap) for Auto-augmentation. *Handchir Mikrochir Plast Chir*. 2017;49(6):380-389.
15. Coombs DM, Srivastava U, Amar D, Rubin JP, Gusenoff JA. The Challenges of Augmentation Mastopexy in the Massive Weight Loss Patient: Technical Considerations. *Plast Reconstr Surg*. 2017;139(5):1090-1099.
16. Ors S. Augmentation Mastopexy with a Dermal Encapsulated Round or Anatomic Auto-prosthesis. *Aesthetic Plast Surg*. 2018;42(1):88-97.
17. Ibrahim AM, Sinno HH, Izadpanah A, Vorstenbosch J, Dionisopoulos T, Markarian MK, et al. Mastopexy for breast ptosis: Utility outcomes of population preferences. *Plast Surg (Oakv)*. 2015;23(2):103-7.
18. Zavrvides H. The Classic Pitanguy Technique and Its Modifications in Mammoplasty: Ten Years of Experiences. *Ann Plast Surg*. 2017;79(5):433-437.

19. Rubin JP, Gusenoff JA, Coon D. Dermal suspension and parenchymal reshaping mastopexy after massive weight loss: statistical analysis with concomitant procedures from a prospective registry. *Plast Reconstr Surg.* 2009;123(3):782-9.

20. Berrocal Revueltas M. Mamoplastia de Aumento secundaria. Evaluación de problemas, resultados insatisfactorios y alternativas de solución. *Cir plást iberolatinam.* 2012;38(1):9-26.

21. Della Croce FJ, Blum CA, Sullivan SK, Stoller A, Trahan C, Wise MW, et al. Nipple-Sparing Mastectomy and Ptosis: Perforator Flap Breast Reconstruction Allows Full Secondary Mastopexy with Complete Nipple Areolar Repositioning. *Plast Reconstr Surg.* 2015;136(1):1-9.

Recibido: 3 de junio de 2018

Aprobado: 25 de octubre de 2018

Ronda: 1

MSc. Enrique Joaquín Moya-Rosa. Máster en Urgencias Médicas. Especialista de Segundo Grado en Cirugía Plástica y Caumatología. Hospital Universitario Manuel Ascunce Doménech Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba.
Email: ejmr.cmw@infomed.sld.cu

