

# Técnica de la mama restante

JP Chavoïn  
JL Grolleau  
E Jouglà  
L Hézard

**Resumen.** – El método de la «mama restante» asocia un gran pedículo superior y un pedículo posterior. En esta técnica se sigue con exactitud un esquema preestablecido teniendo en cuenta referencias anatómicas precisas. Se realiza un vaciamiento glandular inferior adaptado exactamente al nuevo sostén cutáneo. El fruncido se concentra en la vertical subareolar. Queda una cicatriz lateral externa corta, ocultada por el surco.

Este método permite realizar intervenciones rápidas en todas las circunstancias, en especial en casos de asimetría. Es accesible a los cirujanos jóvenes, quienes pueden ejecutarla con toda seguridad, tanto vascular como morfológica.

© 2002, Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, París. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** hipertrofia mamaria, asimetría mamaria, plastia de reducción mamaria, esquema preestablecido, pedículo posterosuperior, cicatriz en L.

## Introducción

La hipertrofia mamaria es una afección muy frecuente e invalidante. Los pedidos de corrección son muy numerosos. Si se suman las ptosis mamarias, las asimetrías congénitas y las simetrizaciones tras mastectomía contralateral, se comprueba que representa una importante actividad para muchos cirujanos plásticos.

Los riesgos de esta cirugía deben ser mínimos, así como las complicaciones, incluso las simples correcciones cicatriciales. Esta es la razón por la que los autores de este artículo han perfeccionado el método de la mama restante, fácil de enseñar, seguro desde los puntos de vista vascular y morfológico y con una cicatriz mínima.

## Historia

### ANÁLISIS DE LAS GRANDES CATEGORÍAS TÉCNICAS

Ante la abundancia de publicaciones sobre las técnicas de reducción mamaria, es difícil para el lector hacer una elección <sup>[7]</sup>. La denominación de las técnicas proporciona una información muy parcial acerca de su naturaleza real. Son

numerosas las que llevan el nombre de la cicatriz residual, otras aluden a la forma particular de la resección glandular y un tercer grupo presenta como originalidad la forma de vascularización de los tejidos que quedan en su lugar después de la resección. Por lo tanto, para analizar brevemente estas técnicas se considerarán estas tres modalidades de enfoque.

### ■ Técnicas según la cicatriz residual (figs. 1, 2)

La cicatriz es una preocupación importante, tanto para la paciente como el cirujano. La cicatriz debe ser objeto de una elección basada en las indicaciones y motivo de información de la paciente, con una explicación muy precisa de su posición y tamaño, así como de sus posibles evoluciones, fisiológicas o patológicas.

Todos los autores desaprueban las cicatrices en la parte superior supraareolar de la mama, visibles con los escotes, sometidas a tensiones excesivas y causa de evolución a la cicatriz hipertrófica o queloide.

En todas las técnicas es necesaria la inevitable incisión periareolar, que requiere la transposición hacia arriba de la placa areolar, asumiendo que la hipertrofia se asocia siempre a cierto grado de ptosis.

La absorción del excedente cutáneo, más o menos importante, explica la multiplicidad de las cicatrices.

— Las cicatrices «en ancla» consisten en una cicatriz horizontal larga, de la longitud del surco inframamario. Presenta el inconveniente de acercarse a la línea media, con riesgo de evolución hipertrófica. En cambio, esta técnica permite la adecuación de la longitud de los bordes.

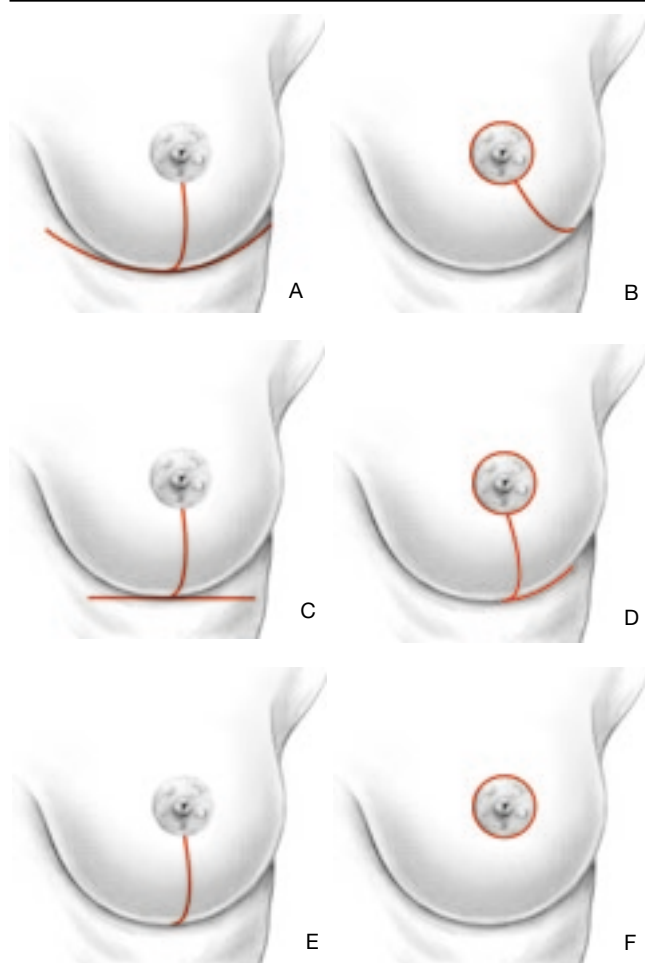
Jean-Pierre Chavoïn : Professeur des Universités, praticien hospitalier, chef de service.

Jean-Louis Grolleau : Professeur des Universités, praticien hospitalier.

Eric Jouglà : Chef de clinique, assistant des Hôpitaux.

Lionel Hézard : Chef de clinique, assistant des Hôpitaux.

Service de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, CHU de Rangueil, 1, avenue Jean-Poulhès, 31403 Toulouse cedex 4, France.



**1** Clasificación de las técnicas según el tipo de cicatriz.

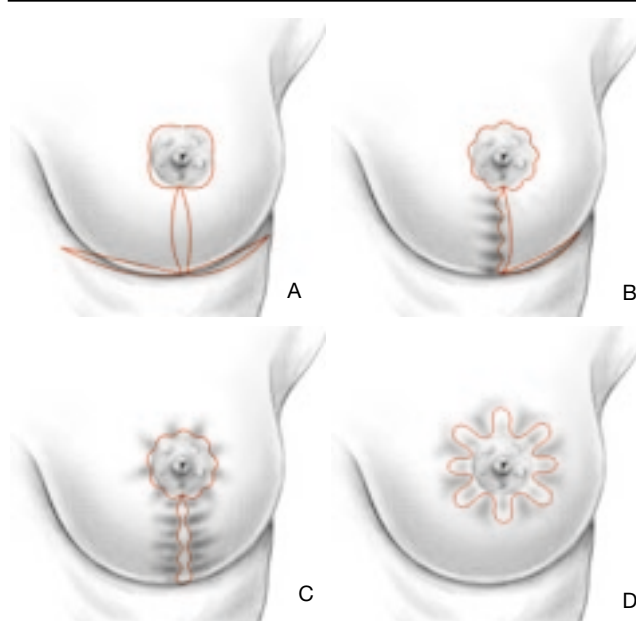
- A. Cicatriz en «ancla».  
 B. Cicatriz oblicua externa.  
 C. Cicatriz en «T invertida».  
 D. Cicatriz en L o J.  
 E. Cicatriz vertical.  
 F. Cicatriz periareolar.

— Por lo tanto, algunos autores han intentado acortar la cicatriz horizontal, como ocurre con las técnicas con cicatrices en «T invertida»<sup>[13, 14]</sup> o en «T invertida corta»<sup>[21]</sup>.

— La supresión radical de la parte interna de la horizontal motiva las técnicas con cicatrices en L o en J<sup>[9]</sup>. La rama externa y la parte vertical absorben las diferencias de longitud de los dos bordes.

— Muchos autores<sup>[10, 15, 16, 17]</sup> han descrito técnicas con una cicatriz vertical única, en las que se ha suprimido la parte horizontal. En estos casos, el problema es absorber el excedente cutáneo intentando eliminar el tejido adiposo subcutáneo y retrayendo los planos liberados. El fruncido sobre la línea vertical es máximo y se concentra sobre todo en la parte inferior de la cicatriz (bolsa), lo que ocasiona una maduración más larga. Son frecuentes las correcciones cicatriciales con la creación de un corte horizontal. Se deben elegir las indicaciones adecuadas<sup>[18]</sup>.

— La supresión de la línea horizontal, y también de la vertical, han motivado el perfeccionamiento de las técnicas periareolares<sup>[1]</sup>, en las que todo el excedente cutáneo es absorbido en la cicatriz periareolar, expuesta de este modo a tensiones excéntricas y, por lo tanto, a una expansión de la placa areolar y de la cicatriz, sin contar el aplanamiento de la zona de concentración.



**2** Adecuación o fruncido según las técnicas.

- A. Cicatriz en «ancla»: adecuación de los bordes.  
 B. Cicatriz en L: fruncido medio en la vertical.  
 C. Cicatriz vertical: importante fruncido con bolsa al pie de la vertical.  
 D. Cicatriz periareolar: máximo fruncido.

### ■ Técnicas según el modo de resección glandular

La ablación del excedente glandular debe permitir el respeto de la vascularización del tejido glandular y de la placa areolar restante y la realización de una masa hística residual bastante flexible para ser remodelada y suficientemente vascularizada para evitar las complicaciones necróticas.

Desde la resección externa, propuesta originalmente por Biesenberger<sup>[2]</sup>, se han propuesto numerosas formas de vaciamiento o de resección en bloque: la resección en «quilla de barco invertida» de Pitanguy<sup>[24]</sup> (cuya ventaja consiste en permitir la remodelación incluso en los casos de marcada distrofia fibroadiposa), las resecciones en «reloj de arena»<sup>[28]</sup>, en «herradura»<sup>[22]</sup>, en «asa»<sup>[28]</sup>, resección posterior con lámina dermoglandular<sup>[14]</sup>, entre otras.

### ■ Técnicas según el pedículo vascular

El pedículo vascular debe asegurar el aporte arterial y un buen drenaje venoso. Su naturaleza y su posición varían según la técnica. Se pueden distinguir tres tipos de vascularización.

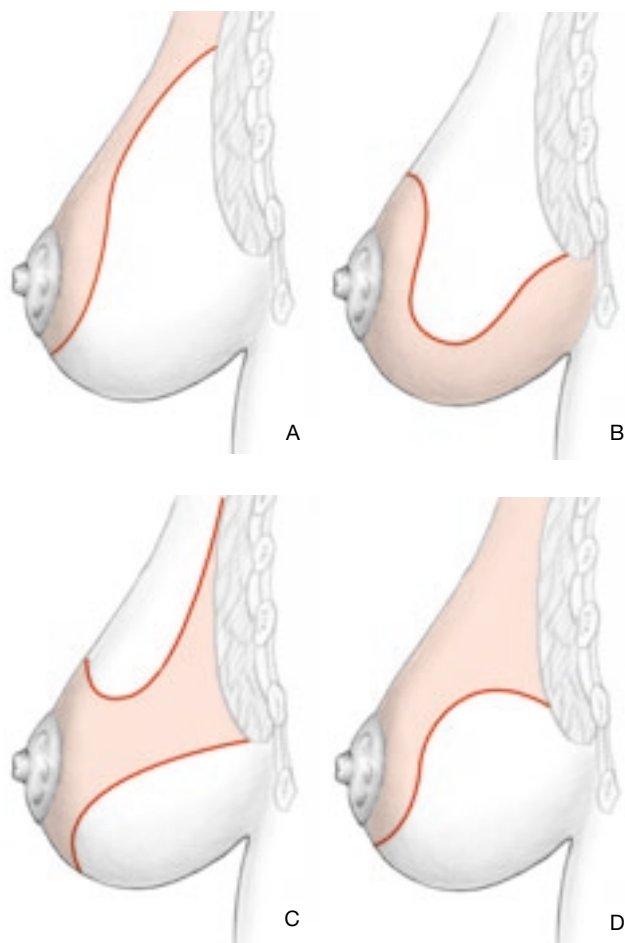
— Una vascularización esencialmente dérmica<sup>[14]</sup>, basada en los estudios anatómicos y embriológicos, mediante los cuales se demuestra que la glándula mamaria es un anexo cutáneo especializado, particularmente bien vascularizado por las redes infradérmicas.

— Por el contrario, otros autores prefieren utilizar exclusivamente los pedículos vasculares perforantes procedentes de los planos musculares profundos, únicamente interno<sup>[2]</sup> o posterior<sup>[11, 19]</sup>.

— Otros prefieren la asociación de estos dos componentes vasculares, en cuyo caso se habla de pedículo mixto<sup>[4, 5, 22]</sup>.

La posición del pedículo vascular ha dado lugar a la descripción de tres grandes categorías técnicas (fig. 3):

— las técnicas con pedículo superior se basan esencialmente en la vascularización dérmica pero también en las perforantes situadas en posición más alta, por encima de la zona de despegamiento;



**3** Topografía de los pedículos vasculares.  
 A. Pedículo dermoglandular superior.  
 B. Pedículo dermoglandular inferior.  
 C. Pedículo perforante posterior.  
 D. Pedículo mixto posterosuperior.

— por el contrario, las técnicas con pedículo inferior basan la vascularización en el pedículo subcutáneo y perforante inferior. En realidad, con mayor frecuencia se trata de un pedículo posteroinferior;

— por último, el pedículo posterior está constituido esencialmente por algunas perforantes pertenecientes a la parte inferior del músculo pectoral mayor, asociadas a contingentes internas más ricas que se originan a nivel de la mamaria interna.

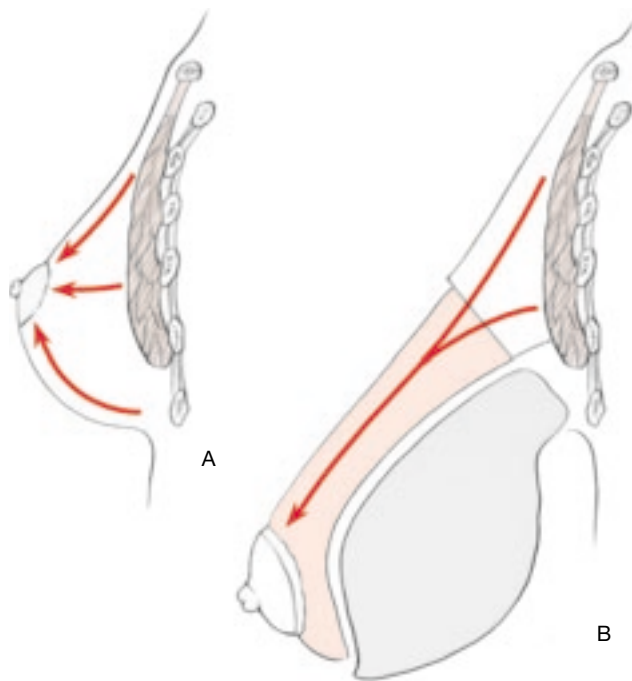
## Método de la mama restante

El método de la mama restante se basa en dos técnicas fundamentales:

— la bóveda dérmica de Laldardrie y Jouglard<sup>[13, 14]</sup>: es la primera técnica con un amplio pedículo dérmico superior, aporta gran seguridad vascular y sus principios básicos han sido adoptados por numerosos equipos;

— la técnica en L de Elbaz<sup>[9]</sup>: se caracteriza por la supresión de la rama interna para minimizar la cicatriz. La resección glandular dejaba una reserva superior pero esta técnica era difícil de reproducir por la ausencia de referencias anatómicas bien establecidas.

El método de la mama restante fue presentado por primera vez en el informe de la Sociedad Francesa de Cirugía Plástica en 1989 y posteriormente en 1991 en el X Congreso



**4** A. Los tres contingentes vasculares de la mama normal.  
 B. Pedículo posterosuperior de la «mama restante».

Internacional de Cirugía Plástica y Reconstructora (CICPR), celebrado en Madrid<sup>[4]</sup>. A continuación, se presentará el estado actual de esta técnica.

## PRINCIPIOS

Este método obedece a varios principios fundamentales que lo distinguen de las numerosas técnicas de cirugía plástica de reducción mamaria descritas hasta la fecha.

— Minimizar los actos traumatizantes o causas de complicaciones precoces:

- lipoaspiración y resección del tejido adiposo subcutáneo, fuente de adherencias y de «aspiración» cicatricial;
- importante despegamiento subcutáneo o premuscular, que compromete una parte de la vascularización y facilita los derrames;
- fruncido excesivo por fuera de la vertical subareolar, que provoca expansión cicatricial o una larga evolución hipertrofica.

— Realizar un diseño operatorio preciso, totalmente preestablecido, determinando un marco de resección cutaneo-glandular para la constitución en primera línea de un nuevo sostén cutáneo: seguridad morfológica, sobre todo en caso de asimetría.

— Realizar un vaciamiento glandular inferior y posterior adaptado a la envoltura cutánea predeterminada.

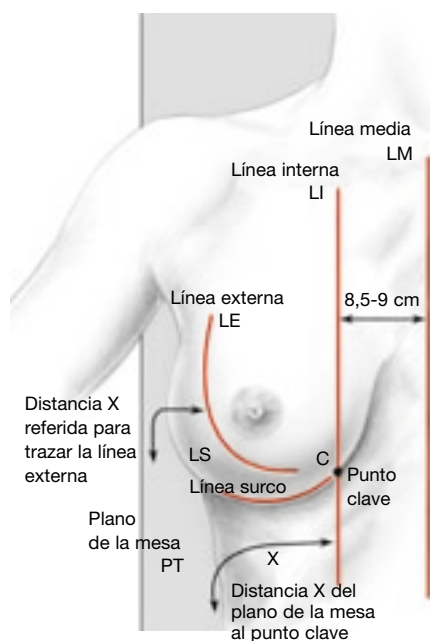
— Respetar un pedículo vascular amplio, a la vez superior y posterior: seguridad vascular (fig. 4).

— Obtener una corta cicatriz en L cuya parte horizontal quede totalmente oculta en el surco inframamario.

— Disminuir el tiempo de intervención, suprimiendo totalmente las largas adaptaciones en casos de asimetría.

## DESCRIPCIÓN TÉCNICA

El conjunto de las técnicas de reducción mamaria tiene por principio adaptar, mediante sucesivos ensayos intraoperatorios, la resección cutánea al volumen glandular residual,



5 Trazado de los límites internos y externos en posición de decúbito supino.

del cual es difícil saber si es perfectamente simétrico. En cambio, la técnica de los autores tiene la originalidad de adaptar la reducción de la glándula residual —*glándula restante*— a la reducción cutánea realizada siguiendo un esquema preestablecido con referencias anatómicas. En este esquema no se tiene en cuenta lo que se reseca sino lo que se deja —la bolsa cutánea *restante*—. El principio de tener en cuenta lo que se deja más que lo que se reseca (bien conocido en cirugía plástica) ha motivado la denominación: «técnica de la mama restante».

#### ■ Diseño de la intervención

La intervención consta de dos partes: el trazado de los límites internos y externos y el trazado de los límites superiores e inferiores.

Trazado de los límites internos y externos (fig. 5) (paciente en decúbito dorsal).

El *límite interno* (LI): línea derecha situada a 9 cm de la línea media (8,5 a 9,5 cm), con las mamas en su posición de ptosis lateral natural.

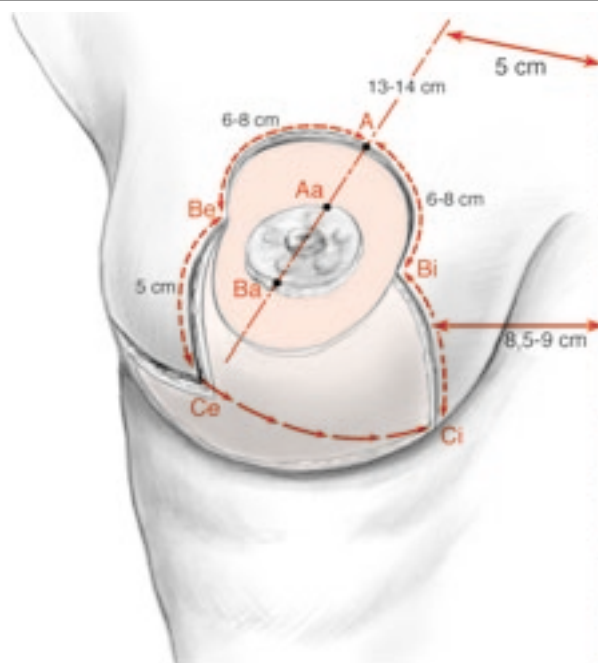
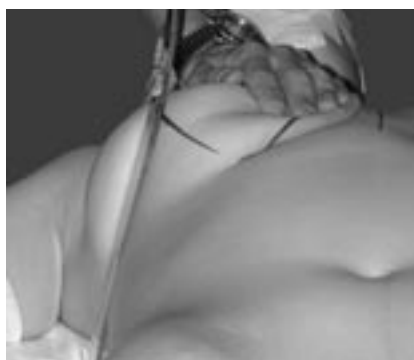
El *punto clave* (C) está situado 1 cm por encima de la intersección del límite interno con el surco inframamario.

La *distancia* (X) entre el plano de la mesa operatoria y el punto clave se mide con precisión con una regla plana y flexible de 30 cm. Esta distancia varía de una paciente a otra, entre 17 y 23 cm. En una misma paciente no es infrecuente hallar diferencias entre un lado y otro en casos de asimetría torácica.

El *límite externo* (LE) (fig. 6): la mama es desplazada con la mano del cirujano hacia el interior y la línea media hasta que se haya constituido un perfil externo natural; la tensión de la piel del flanco debe ser moderada, sin estiramiento del plano subcutáneo. A continuación se transporta la distancia X desde el plano de la mesa hasta la parte externa de la mama. Esto se repite varias veces para controlar la buena elección de la tensión cutánea. Por último, se traza el límite externo, dirigiendo la línea horizontal hacia el surco, por fuera del punto C, con el seno siempre desplazado hacia la línea media. Esta línea recta se transforma en una curva armoniosa, de concavidad interna, cuando se deja descansar la mama.



6 Medidas del límite externo.

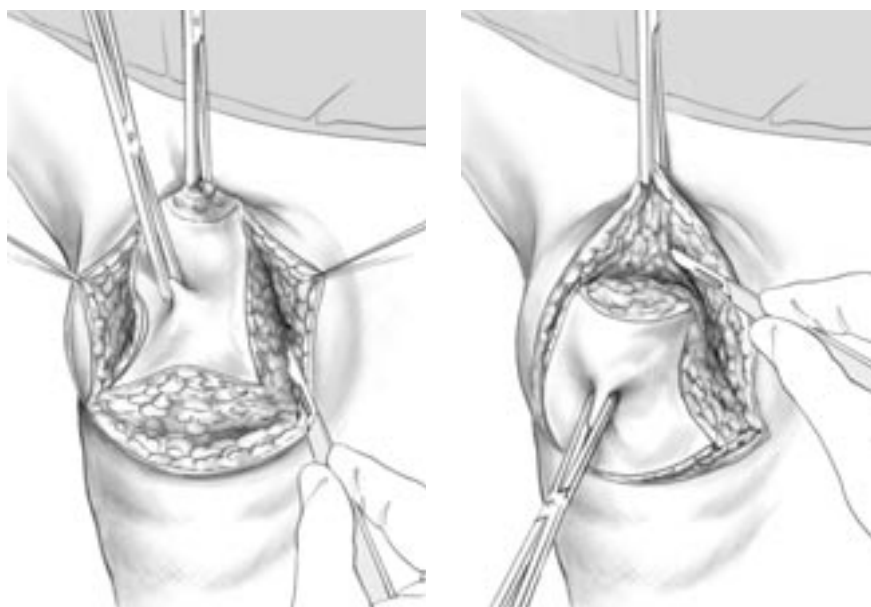


7 Trazado de los límites superiores e inferiores en posición semisedente.

#### Trazado de los límites superiores e inferiores (fig. 7) (paciente en posición semisedente)

El *punto superior* (A): el punto supraareolar está situado en el eje mamario. Está localizado, como media, a 14 cm de la clavícula (12 a 15 cm). La posición de este punto es controlada por el pelvómetro, cuya separación se bloquea en 9 cm, distancia que corresponde a la separación entre el surco inframamario y el punto supraareolar (segmento III, 5 cm + areola, 4 cm). A partir de este punto A se trazan dos curvas armoniosas con forma de ojiva, tangente a los límites laterales.





8 Luxación del bloque cutaneoglandular.

El *límite inferior* (LI): parte del punto clave (C), paralelo al surco, 1 cm por encima de este último. Luego se alarga formando un ángulo de aproximadamente 30° con relación al surco original y sube hacia la línea axilar anterior.

Los *límites areolares*: el punto A corresponde al futuro punto supraareolar, los puntos Bi (interno) y Be (externo) están situados a 7 cm del punto A (6 a 8 cm). A este nivel se realizan dos entalladuras en «ventana de mezquita» para evitar la excesiva tensión al nivel del futuro punto B infraareolar resultante de su aproximación. Estas entalladuras constituyen a su vez una referencia muy fácil de localizar durante toda la intervención.

*Límites de resección en el segmento III*: el borde interno va desde el punto Bi al punto clave C. Su longitud es extremadamente variable, según la morfología y el volumen de la mama (8 a 20 cm). El borde externo del segmento III se mide sobre una longitud de 5 cm, con la piel tensa entre el punto Be y el punto Ce.

A partir del punto Ce se traza una línea perpendicular al borde externo, que une la línea del nuevo surco formando con este último un ángulo aproximado de 30° para evitar una saliente externa y reducir al máximo la longitud de esta cicatriz.

#### ■ Incisiones cutáneas y desepidermización

El diseño de la intervención se marca con el escalpelo: en contraposición con los malos hábitos de los cirujanos plásticos, no volverá a modificarse. Se traza la areola con el lado grande de un marcador de areola (*cookie-cutter*), unos 4,2 cm. En las mamas juveniles y con hipertrofia moderada, se utiliza el lado pequeño del marcador, unos 3,8 cm.

El límite inferior de desepidermización es una curva semicircular que generalmente parte de las entalladuras laterales (Bi-Be) y pasa a algunos centímetros por debajo del borde inferior de la placa areolar.

La colocación de un mamostato en la base de la mama facilita considerablemente una desepidermización circular y centrífuga con el bisturí de hoja n° 21.

Los bordes verticales (segmento III) y horizontales (surco) se desepidermizan 1 cm para permitir su sección ulterior con bisturí eléctrico y la realización, al final de la intervención, de un plano profundo sólido mediante sutura dermoepidérmica.

#### ■ Resección glandular (fig. 8)

La resección glandular se realiza en tres tiempos: luxación, vaciamiento y adaptación glandular.

##### Luxación glandular

Se fijan dos grandes pinzas de Museux, una al tejido glandular subareolar, para permitir la suspensión de la mama hacia arriba, y la otra a la piel del segmento III, para el desplazamiento del bloque cutaneoglandular en todas las direcciones, facilitando así su extirpación del lecho cutaneoglandular restante.

Se inciden los bordes rápidamente con el bisturí eléctrico sobre las bandas desepidermizadas. Se realiza por planos la hemostasia de los vasos infradérmicos. Se luxa progresivamente el bloque cutaneoglandular:

- a nivel del surco: se tira de la mama hacia arriba y se secciona en el eje del borde cutáneo inferior hasta el plano muscular del serrato mayor, se libera con moderación el pectoral, aproximadamente 3 cm por encima de su borde inferior, respetando al máximo los pedículos perforantes más voluminosos, que constituyen el contingente vascular posterior;
- a nivel interno: se desplaza el bloque cutaneoglandular hacia afuera y se tensa el borde cutáneo interno mediante dos ganchos. Esto permite la liberación transglandular con bisturí eléctrico, manteniendo un lecho glandular de seguridad en contacto con la piel, pero liberándola al máximo de manera que se le proporcione toda la flexibilidad necesaria para su retracción en esta zona clave;
- a nivel externo: se desplaza la mama hacia el interior y se libera de sus uniones externas, a distancia de la piel (la cual sólo queda fina en el triángulo inferior), en una altura aproximada de 6 cm. Esta liberación se hace siguiendo el borde del pectoral mayor, que asciende hacia la prolongación axilar.

##### Vaciamiento glandular

Tras la luxación del bloque cutaneoglandular y la liberación de sus uniones inferiores, internas y externas, se suspende verticalmente la mama con la pinza de Museux subareolar mientras la pinza del bloque cutaneoglandular la pone en tensión moderada hacia adelante (fig. 9). Se rea-



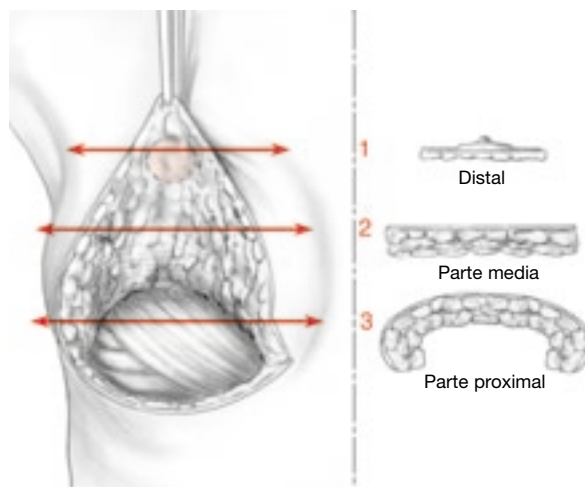
9 Vaciamiento glandular.

liza un vaciamiento regular con la hoja del bisturí, controlando constantemente con la mano izquierda el espesor del tejido dermoglandular restante. Este vaciamiento es paralelo al plano dérmico y reseca una placa dermoglandular relativamente delgada distalmente pero que se engrosa hacia la parte alta de la mama, hasta el borde inferior del pectoral mayor. Esta parte, correspondiente al futuro segmento II, permite constituir una reserva superior con una forma aproximada de medialuna. Lateralmente, la incisión respeta las columnas glandulares interna y externa, que conservan sus inserciones cutáneas sin ningún despegamiento cutaneoglandular (fig. 10).

#### Adaptación glandular

Para obtener una perfecta adecuación glandular y cutánea hay que efectuar un montaje cutáneo provisional. Se realizarán puntos provisionales con hilo 3/0 con:

- una fijación supraareolar (A-Aa);
- se fijan las entalladuras laterales (Bi-Be) al punto subareolar Ba;
- se realiza el pie de la vertical subareolar fijando el punto Ce al punto clave C (punto del ángulo), sin tener en cuenta la incongruencia de longitud de los bordes internos y externos;

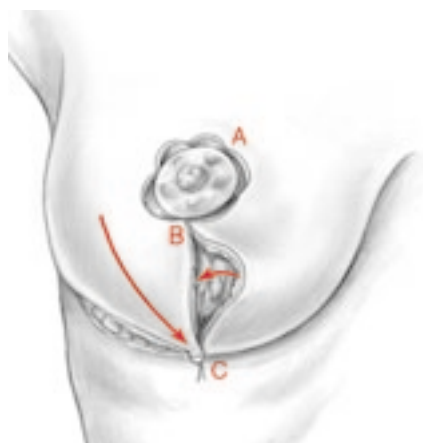


10 Distribución del tejido glandular restante.

1. Placa dermoglandular fina con placa areolar; 2. placa cutaneoglandular; 3. «reserva» glandular superior y lateral sin despegamiento cutaneoglandular.



11 Técnicas de «agujas» para la adaptación precisa del volumen glandular a la envoltura cutánea predeterminada.



**12** Cierre cutáneo: la diferencia de longitud de los bordes es absorbida en el segmento III cuya longitud es encerrada en los 5 cm del borde externo. Buena adecuación de los bordes en el surco y en la areola.

— la adaptación de los dos bordes es posible incluso en casos de diferencia notable entre los 5 cm del borde externo y el borde interno Bi-C, que puede ser absorbido hasta 20 cm. Los puntos provisionales intermedios se anudan en el ecuador de la placa areolar y en el centro de la vertical subareolar. Una vez realizado el montaje provisional, se controla el equilibrio de ambas mamas y la tensión cutánea. Si la reducción glandular es suficiente y ha compensado correctamente la simetría, se concluye el cierre cutáneo. En caso contrario, se deshace el montaje provisional y se lleva a cabo una exéresis complementaria a nivel de la cara profunda de la placa dermoglandular, en bandas verticales paralelas a la superficie en toda la altura y a todo lo ancho, en forma de verdaderas «agujas» (fig. 11), para obtener progresivamente una perfecta adecuación. Por lo tanto, se obtiene la adaptación del volumen glandular residual al saco cutáneo restante, cuyo esquema ha sido preestablecido (*técnica de adaptación de la glándula a la piel*).

### ■ Cierre cutáneo

Una vez reconstituido el montaje, se adaptan dos bordes verticales subareolares para realizar un fruncido simétrico repartido a toda la altura de los 5 cm que permiten absorber hasta 15, e incluso 20 cm, siempre que el triángulo cutáneo inferointerno haya sido convenientemente liberado (fig. 12). En caso de que haya una diferencia demasiado grande, superior a 15 o 20 cm, siempre es posible absorber una parte del excedente de los frunces mediante una corta rama interna.

Se realiza un plano subcutáneo con puntos separados invertidos reabsorbibles 3/0, y se asegura el cierre cutáneo con una sutura continua intradérmica con hilo reabsorbible 3/0. Se coloca un dren aspirativo de Redon nº 14 a lo largo del surco, con salida del Redon en la línea axilar media. Se venda las zonas de incisión, se recubre el tórax con un vendaje de jersey y se remodela una banda adhesiva de contención ligera y longitud elástica.

En el período postoperatorio se debe llevar un sostén ortopédico de contención elástica durante el día y la noche.

### Indicaciones y resultados

El método de la mama restante puede utilizarse prácticamente en todas las indicaciones de la cirugía morfológica de la mama.

#### Hipertrofia mamaria (fig. 13)

Esta técnica puede practicarse en todos los tipos de hipertrofia mamaria y en los diferentes grados de ptosis. Sin embargo, una sobrecarga ponderal excesiva hace más difícil la remodelación glandular, con riesgo de aplanamiento o de cupulización de la placa areolar. Por lo tanto, es aconsejable una estabilización ponderal razonable.

En los casos de mamas cicatriciales o muy fibrosas, la forma de resección glandular debe adaptarse para permitir una mejor plicatura, aunque conservando las mismas referencias cutáneas. En casos de gigantismo mamario se puede adaptar este método a la técnica de Thorek de ampu-



**13** Hipertrofia mamaria.

A. Antes.

B. Después.

C. Cicatriz en L corta a los 3 meses.

D. Cicatriz al cabo de 1 año.



**14** Asimetría mamaria.  
A. Esquema preoperatorio.



B. Antes.  
C. A los 3 meses.



**15** Ptosis mamaria.  
A. Antes.  
B. Después.



**16** Ptosis mamaria.  
A. Antes.  
B. Tras dermopexia y prótesis.

tación e injerto. Las referencias cutáneas son las mismas pero el punto subareolar está situado más abajo (16 o 17 cm, según el volumen).

#### Asimetría mamaria (fig. 14)

Las mejores indicaciones de este método son las asimetrías mamarias, hipertróficas o no. Gracias al diseño preestablecido, se pueden detectar las asimetrías, incluso menores, debidas a diferencias de volumen o ptosis pero también a diferencias de la forma del tórax (tórax asimétrico).

En los casos de diferencia notable de volumen entre ambas mamas, es importante tener en cuenta la extensión cutánea superior del lado de la mama más voluminosa, que alarga aproximadamente 1 cm la distancia entre la clavícula y la areola del lado más hipertrófico.

#### Ptosis mamaria pura (fig. 15)

En las ptosis mamarias, la reducción de la envoltura cutánea se realiza según el esquema preestablecido con las mis-

mas referencias: línea interna, punto clave, línea externa, que frecuentemente es tangente al borde externo de la areola o está en su proximidad (1 a 2 cm). La horizontal externa es corta y se traza en el surco y no por encima de él. En los casos en los que la base de la mama es estrecha puede ser suficiente una vertical.

La glándula mamaria es luxada de la misma manera que en las hipertrofias, para liberarla de su hemisferio inferior. A continuación, simplemente se envuelve en su envoltura cutánea, sin colgajo ni sutura glandular. La tensión debe ser firme a nivel de la sutura del segmento III, que será plano para prevenir la ptosis secundaria.

#### Ptosis mamaria con hipertrofia (fig. 16)

La dermopexia debe permitir el ascenso a una buena posición de la placa areolar con relación a la clavícula y al surco inframamario. Este último puede bajarse en caso de que el segmento III sea demasiado corto. Con frecuencia, es inútil realizar una rama cicatricial horizontal, por lo que la cicatriz será periareolar y vertical. Sólo algunos tipos de mamas





**17** Simetrización en el marco de una reconstrucción mamaria protésica.  
A. Antes.

B. Esquema preoperatorio.  
C. Después.

tubulares (tuberosas tipo III) no serán objeto de una cicatriz periareolar.

### Simetrización y reconstrucción mamaria (fig. 17)

La reconstrucción mamaria se realiza a menudo mediante la implantación de una prótesis, precedida por un período de expansión crónica de la piel del tórax. En otros casos, la mala calidad de los tegumentos (cirugía, radioterapia) obliga a la realización de colgajos musculocutáneos a distancia (dorsal ancho, recto abdominal).

A menudo es necesaria la simetrización de la mama contralateral, lo cual requiere la asociación del método de la mama restante para la corrección de una eventual hipertrofia o ptosis. Esta simetrización se suele hacer en un segundo tiempo operatorio, en posición semisedente.

### Conclusión

En materia de cirugía para la corrección de la hipertrofia, ptosis o asimetría mamaria, la elección de la técnica depende de las condiciones locales, a la vez cutáneas (elasticidad), glandulares (plasticidad) y morfológicas (armonía).

La originalidad del método de la mama restante radica en la adaptación de la resección glandular a una envoltura cutánea predeterminada con precisión. Según la experiencia de los autores, este método aporta seguridad vascular, seguridad morfológica y adaptabilidad a todas las situaciones, en particular a las frecuentes asimetrías.

Su ventaja esencial es su reproducibilidad, que proporciona seguridad a quienes la aprenden, a diferencia de otras técnicas, que dependen de la experiencia y habilidad de sus autores.

Cualquier referencia a este artículo debe incluir la mención del artículo original: Chavoin JP, Grolleau JL, Jouglard É et Hézard L. Technique du sein restant. *Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Techniques chirurgicales, 45-661-C, 2001, 10 p.*

### Bibliografía

- [1] Benelli L. Plastie mammaire, technique Round Block. *Rev Fr Chir Esthét* 1988; 50: 7-11
- [2] Biesenberger H. Eine neue Methode der Mammaplastik. *Zentralbl Chir* 1930; 48: 2971-2975
- [3] Bricout N, Groslières D, Servant JM, Banzet P. Plastie mammaire: la technique utilisée à Saint Louis. *Ann Chir Plast Esthet* 1988; 33: 7-15
- [4] Chavoin JP. Hypertrophie mammaire. Complications et résultats à distance. In: *Hypertrophie mammaire. Rapport du 34<sup>e</sup> congrès de la société française de chirurgie plastique, reconstructive et esthétique*, 1989: 82-97
- [5] Chavoin JP, Rouge D, Fradin-Joly N, Elkhollali R, Costagliola M. "Remaining Breast" technique for hypertrophic and asymmetric breasts. In: *Transactions of the X<sup>e</sup> international congress of plastic and reconstructive surgery*, Madrid. Elsevier Science Publishers BV, 1992; 2: 631-637
- [6] Costagliola M, Chavoin JP, Rouge D, Laffitte F. The mammostat: a new device for easier de-epithelialization in mammaplasty. In: *Transactions of the IX<sup>e</sup> international congress of plastic and reconstructive surgery*, New Delhi. Elsevier Science Publishers BV, 1987: 366
- [7] De Mey A, Lejour M. Plasties mammaires pour hypertrophie et ptôse. *Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Chirurgie plastique reconstructive et esthétique*, 45-661, 1999: 1-11
- [8] Dufourmentel CL, Mouly R. Plastie mammaire par la méthode oblique. *Ann Chir Plast* 1961; 6: 45-48
- [9] Elbaz JS, Ver Heecke G. La cicatrice en L dans les plasties mammaires. *Ann Chir Plast* 1972; 17: 283-288
- [10] Flageul G, Karcenty B. À propos des plasties mammaires verticales: la méthode verticale triangulaire ou "verticale triangulaire technique". Description, indications, étude rétrospective sur six ans. *Ann Chir Plast Esthet* 2000; 45: 531-547
- [11] Hester TR Jr, Bostwick J 3<sup>rd</sup>, Miller L, Cunningham SJ. Breast reduction utilizing the maximally vascularized central breast pedicle. *Plast Reconstr Surg* 1985; 76: 890-900
- [12] Hidalgo DA. Update on vertical mammaplasty. *Plast Reconstr Surg* 1999; 104: 2303-2304
- [13] Lalardrie JP, Jouglard JP. Chirurgie plastique du sein. Rapport de la société française de chirurgie plastique reconstructive et esthétique 1973. Paris: Masson, 1974
- [14] Lalardrie JP, Mitz V. Plastie mammaire de réduction par la technique de la voûte dermique. *J Chir* 1974; 108: 57-68
- [15] Lassus C. Breast reduction. Evolution of a technique. A simple vertical scar. *Aesthetic Plast Surg* 1987; 11: 107-112
- [16] Lassus C. Update on vertical mammaplasty. *Plast Reconstr Surg* 1999; 104: 2289-2298
- [17] Lejour M. Vertical mammaplasty and liposuction of the breast. *Plast Reconstr Surg* 1994; 94: 100-114
- [18] Lejour M. Vertical mammaplasty. Update and appraisal of late results. *Plast Reconstr Surg* 1999; 104: 771-784
- [19] Levet Y. The pure posterior pedicle procedure for the breast reduction. *Plast Reconstr Surg* 1990; 86: 67-75
- [20] Mac Kisson PK. Reduction mammaplasty with a vertical dermal flap. *Plast Reconstr Surg* 1972; 49: 245-252
- [21] Marchac D, De Olarte G. Reduction mammaplasty and correction of ptosis with a short infra-mammary scar. *Plast Reconstr Surg* 1982; 69: 45-55
- [22] Mouffarege R, Muller GH, Beauregard G, Bosse JP, Papillon J. Plastie mammaire à pédicule dermo-glandulaire inférieur. *Ann Chir Plast* 1982; 27: 249-254
- [23] Peixoto G. Reduction mammaplasty: a personal technic. *Plast Reconstr Surg* 1980; 65: 217-226
- [24] Pitanguy I. Une nouvelle technique de plastie mammaire. Étude de 245 cas consécutifs et présentation d'une technique personnelle. *Ann Chir Plast* 1962; 7: 199-208
- [25] Ribeiro L. A new technic for reduction mammaplasty. *Plast Reconstr Surg* 1975; 55: 330-334
- [26] Richard L, Delay E, Payement G, Cresseaux P, Cantaloube D. Mammaplasty with an L-shaped scar and a pre-established design. Apropos of 80 cases. *Ann Chir Plast Esthet* 1998; 43: 69-77
- [27] Robbins TH. A reduction mammaplasty with the areola-nipple based on an inferior dermal pedicle. *Plast Reconstr Surg* 1977; 59: 64-67
- [28] Strombeck JO. Mammaplasty: report of a new technique based on the two pedicle procedure. *Br J Plast Surg* 1960; 13: 79-90
- [29] Weiner DL, Dolich BH, Miclat MI Jr. Reduction mammaplasty utilizing the superior pedicle technique: a six-year retrospective. *Aesthetic Plast Surg* 1982; 6: 1-7