

J. J. Chamorro*,
L. Pardo**

Indicaciones y limitaciones de la mamoplastia periareolar

Indications and limitations of the periareolar mammoplasty

SUMMARY

We revise our experience in periareolar mammoplasty, analysing different techniques, with its indications and limitations. Since 1991, we have performed 27 bilateral periareolar mammoplasties; 15 were moderate mammary hypertrophy, and 12 were breast ptosis. We think it is a technical choice, knowing well its limitations, indications, and modifications. It is useful in periareolar mastopexy with mammary implants, for correcting moderate breast ptosis, and in cases of tuberous breast. This technique, allows us to eliminate the visible scar, suppressing the projection of the nipple-areola complex, with periareolar furrows for a long time.

* Sección de Cirugía Plástica.
Hospital Universitario La Fe.
Valencia.

** Sección de Cirugía Plástica.
Hospital 9 de Octubre. Valencia.

Palabras clave

Mamoplastia periareolar, Mamoplastia, Reducción mamaria, Mastopexia.

Key words

Periareolar mammoplasty, Mammoplasty, Reduction mammoplasty, Mastopexy.

Correspondencia:
L. Pardo.
Paseo Tetuán, 2, 13.^a
46003 Valencia.

INTRODUCCIÓN

En la cirugía mamaria existe un interés constante por «sacar a la luz» nuevas técnicas quirúrgicas que disminuyan la longitud de la cicatriz o la hagan lo menos visible posible. Entre éstas se incluye la técnica periareolar.

Entre los fines y objetivos de la mastoplastia de reducción hay que citar: 1) modelar un contorno mamario lo más perfecto posible; 2) larga duración de la forma obtenida; 3) mínima cicatriz, y 4) buen resultado estético.

Se han descrito aproximadamente entre 55-60 técnicas de mastoplastia de reducción. Según la bibliografía consultada, en 1976, Bartels¹ de acuerdo con Gasperoni² introduce la técnica periareolar. Existen, sin embargo, otros autores que también la practican en un primer momento³: Souza, Peled, Cerizola, Fossati, Toledo, Mastudo, Fibre, Fabrey, Hinderer y García Padrón.

En este trabajo revisamos nuestra experiencia conjuntamente con la de otros compañeros en ma-

moplastia de reducción periareolar y analizamos igualmente las diferentes técnicas con sus indicaciones y limitaciones.

CASUÍSTICA

Desde 1991 hemos realizado un total de 27 mamoplastias por vía periareolar bilaterales en 27 mujeres de edades comprendidas entre 31 y 58 años, con una media de 43 años. En 15 casos se trataba de hipertrofia mamaria moderada y en 12 de ptosis mamaria.

En 15 casos se realizó una reducción mamaria de 200 a 300 mg según técnica de Sampaio. En dos casos se realizó esta misma técnica para mastopexia, con elevación del complejo aréola-pezones 1-2 cm.

En 10 casos se realizó extirpación de *donuts* de piel periareolar junto con mamoplastia de aumento (Figs. 1 A y B). En cuatro de estos casos se trataba de mamas tuberosas.

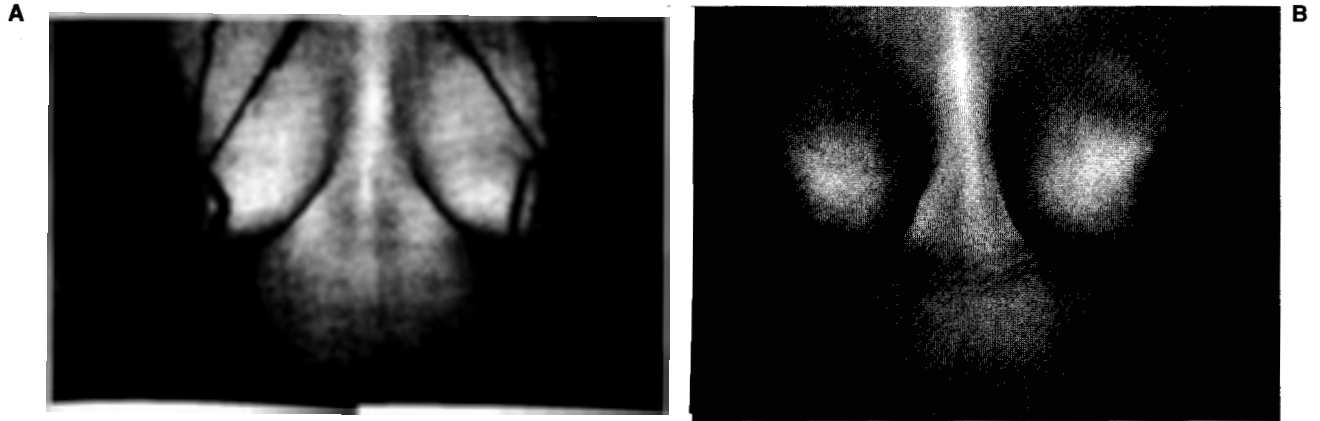


Fig. 1. Extirpación del donuts periareolar e implante mamario. A: Preoperatorio. B: Postoperatorio.

Los resultados a corto plazo fueron prácticamente satisfactorios en todos los casos. En un caso existió infección y necrosis glandular que se resolvió satisfactoriamente, e incluso con mejor forma de la mama por retracción cicatricial. En tres casos hubo ensanchamiento excesivo de la aréola tras extracción de la sutura periareolar irreabsorbible (Fig. 2). A los 3 años de seguimiento se observa ptosis moderada en 12 casos, aunque todas las pacientes se encuentran satisfechas del resultado.

Prácticamente en todos los casos los pliegues de la piel periareolar desaparecieron antes del tercer mes (Fig. 3).

En los casos en que se realizó una mamoplastia de aumento con prótesis rugosas de suero fisiológico la proyección de la mama se mantiene transcurridos 5 años del postoperatorio.

DISCUSIÓN

Desde que fue descrita la mamoplastia periareolar se han sugerido y llevado a cabo numerosas variaciones de esta técnica.⁴ Bustos⁵ despegá totalmente la piel del parénquima mamario y crea un pedículo inferior trilobulado que une el parénquima a la pared torácica y lo recubre con una lámina de silicona. En su esquema, Bustos marca dos círculos concéntricos con 4 cm de aréola y desepiteliza la piel entre ambos. Asimismo despegá la glándula de su cubierta cutánea y de la fascia del músculo pectoral mayor. Por último, reseca las porciones lateral y medial previamente delimitadas y sutura los lóbulos late-

rales al músculo pectoral mayor y después al cono central.

Felicio,⁶ por el contrario, extirpa grasa de los cuatro cuadrantes de la mama sin sujetarla a la pared torácica. Desepidermiza dos zonas, a modo de pedículos, uno con base externa y otro con base interna. La porción de tejido extirpado tiene una forma, en cierto modo, circular y triangular. Creemos que tiene como desventaja el aplanamiento de la proyección anterior de la mama. Obtiene mejor resultado en hipertrofias con abundante tejido glandular y ptosis grados I y III. Los resultados son menos satisfactorios en ptosis de mamas con escaso tejido glandular. Según su autora, la ventaja de esta técnica es la recuperación de la sensibilidad en ambos pezones a las 48 horas, pero en la primera semana se aprecian las arrugas pe-



Fig. 2. Ensanchamiento de la aréola tras extracción de la sutura circular irreabsorbible.



Fig. 3. Pliegues periareolares en el postoperatorio inmediato.

riareolares y el aplanamiento mamario. Al mes, sin embargo, la mama parece haber recuperado su aspecto natural y sin arrugas.

Benelli⁷, en 1987, describe la técnica del *round block*. Despega la piel sólo en el polo inferior, creando un pedículo medio-inferior dividido en dos colgajos que se cruzan (*criss-cross*) y se fijan al periostio de la cuarta y quinta costilla. Entre sus indicaciones señala: ptosis mamaria con hipertrofia o hipotrofia mamaria, exéresis de tumoraciones de mama, gigantomastia y mama tuberosa. Las claves de esta técnica son la sujeción dermoepidérmica, glanduloglandular y glandulomusculoperiostica, fijadas definitivamente con sutura no reabsorbible. La mastopexia se corrige también con el *criss-cross*. Realiza una sutura circular en *ondas* con nailon no reabsorbible, dando lugar todo ello a una cicatriz en bloque dermoepidérmica. Tal vez sea menos agresiva que otras técnicas, preservando gran número de lóbulos mamaros centrales, arterias y nervios, por lo que se recupera pronto la sensibilidad areolar. Entre sus ventajas hay que señalar que la cicatriz queda confinada a la areola, mantiene buena textura al tacto de la mama, existiendo un *filling* duradero del polo superior de la mama si se introduce un implante y si se utilizan los colgajos cruzados que actúan como un sujetador interno mejora la ptosis.

Los inconvenientes que presenta la técnica de Benilli son el posible ensanchamiento de la cicatriz, que se evita en parte mediante la sutura en bolsa de tabaco, ya que eliminamos la tensión periareolar centrífuga y la forma menos cónica durante el post-

operatorio. Además no permite gran elevación de la areola (< 4-5 cm), por lo que no es útil en ptosis severas. Existe también una falta de proyección del complejo areola-pezones, aunque puede evitarse dejando 6,5 cm entre el complejo areola-pezones y el pliegue submarino. La existencia de pliegues cutáneos alrededor de la areola persiste durante más de 2 meses.

Sampaio⁸ describe la *Double Skin Technique* en 1989. Realiza también una excisión de piel ovoide alrededor de la areola. Los principales pedículos vasculares son preservados. La areola no se separa del cuerpo glandular y la exéresis cutánea sigue las líneas de fuerza circulares de la piel. Entre las indicaciones de esta técnica refiere ptosis e hipertrofia moderada (< 400 g), exéresis de tumores benignos, tratamiento conservador del cáncer de mama y la corrección de la mama contralateral tras reconstrucción mamaria.

En España, Benito³ y De la Fuente⁹ publicaron su experiencia con la mamoplastia periareolar. Consideramos, coincidiendo con sus criterios, que las indicaciones, en general, de la técnica periareolar son los casos de pexia y aumento de mama en ptosis leves o moderadas y las mamas tuberosas.

Como posibles complicaciones inmediatas no hay que olvidar la posibilidad de hematoma en el postoperatorio inmediato (utilizar siempre drenajes) y la no desaparición de los pliegues periareolares en el postoperatorio tardío. En este caso la corrección se haría mediante decorticación de los pliegues con bisturí o con dermoabrasión. Esto no debería ocurrir si la tensión de la sutura estuviera bien distribuida. El ensanchamiento de la areola por apertura de la sutura, como ya hemos señalado, sería otra posible complicación con este tipo de técnicas.

Como conclusiones unánimes a tener en cuenta, decir que es un recurso técnico más, conociendo bien sus limitaciones e incluso sus modificaciones. Es útil en la mastopexia periareolar con implante mamario para corrección de ptosis moderada. En las mamas tuberosas también se consiguen buenos resultados, ya que permite una redistribución de la mama, relaja la constricción, corrige la ptosis y baja el pliegue inframamario. También la consideramos útil en asimetrías discretas, ya que permite reducir la mama contralateral al disminuir su tamaño y recolocar la areola.

Es una técnica que nos permite eliminar la cicatriz visible a costa de la falta de proyección del complejo areola-pezones y de la dilatada presencia de pliegues cutáneos.

Entre sus efectos negativos hay que señalar que puede dar lugar a una atrofia del tejido graso y subsecuente pérdida de volumen, sobre todo en el polo superior. En la extirpación de tumoraciones, presenta la ventaja de un acceso más fácil y un cierre más uniforme.

Como sutileza para conseguir un mejor resultado debemos añadir que se puede aumentar la extirpación de tejido a expensas de la colocación de una prótesis. Además, el implante mejorará la textura de la mama.

RESUMEN

Revisamos nuestra experiencia en mamoplastia de reducción periareolar y analizamos las diferentes técnicas con sus indicaciones y limitaciones.

Desde 1991 hemos realizado 27 mamoplastias por vía periareolar bilaterales. En 15 casos se trataba de hipertrofia mamaria moderada y en 12 de ptosis mamaria.

Creemos que es un recurso técnico más, conociendo bien sus limitaciones e incluso sus modificaciones. Es útil en la mastopexia periareolar con implante mamario para corrección de la ptosis moderada y en las mamas tuberosas. Es una técnica que nos permite eliminar la cicatriz visible a costa de la falta

de proyección de la aréola y de la dilatada presencia de pliegues cutáneos.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento a los doctores R. Ríu Labrador y J. Vilar-Sancho por hacernos llegar sus puntos de vista acerca de la mamoplastia periareolar.

REFERENCIAS

1. Bartels RJ, Strickland DM, Douglas WM. A new mastopexy operation for mild or moderate breast ptosis. *Plast Reconstr Surg* 1976;57:687.
2. Gasperoni C. Experience and technical refinements in the «doughnut» mastopexy with augmentation mammoplasty. *Ann Plast Surg* 1988;12:111.
3. Benito J, Sanza IF. Periareolar techniques for mammary reduction and elevation. *Aesth Plast Surg* 1993;17:311-6.
4. Dinner MI, Artz JS, Foglietti MA. Application and modification of the circular skin excision and pursestring procedures. *Aesth Plast Surg* 1993;17:301-9.
5. Bustos RA. Periareolar mammoplasty with silicone supporting lamina. *Plast Reconstr Surg* 1992;89:646.
6. Felicio Y. Periareolar reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1991;88:789.
7. Benelli L. A new periareolar mammoplasty: the «round block» technique. *Aesth Plast Surg* 1990;14:93.
8. Sampaio JC. Periareolar mammoplasty: double skin technique. *Rev Soc Bras Cir Plast* 1989;4:55.
9. De la Fuente A, Martín del Yerro JL. Periareolar mastopexy with mammary implants. *Aesth Plast Surg* 1992;16:337-41.