

S. Peña Vicente^a,
E. González Peirona^a,
A. Güemes Sanchez^b,
R. Sousa Domínguez^b,
J García-Campayo^c

Mamoplastia de reducción: cirugía para un problema psicosocial

Reduction mammoplasty: surgery for a psychosocial problem

SUMMARY

Reduction mammoplasty is considered one of the most frequent surgical techniques in the everyday practice of plastic surgeons. Papers on the different techniques of reduction mammoplasty are frequent in medical literature, but research on the long-term effects of this technique or on the symptoms associated to mammary hypertrophy are rare. In these patients, in addition to evident physical symptoms such as back or neck pain, skin lesions and hand numbness, there are important aesthetical complications that produce a negative body self-image. For this reason, dysmorphophobic worries followed by avoiding behaviour and social isolation are usual. Reduction mammoplasty, according to the results of the research papers, significantly decrease breast size and improve physical symptoms, quality of life, health level and self-esteem.

^aServicio Cirugía Plástica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

^bServicio Cirugía General. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ^cServicio Psiquiatría. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Correspondencia:
Dra. S. Peña Vicente.
Avda. Ilustración, 11. Casa 106A.
50012 Zaragoza.
Correo electrónico:
psonia@mixmail.com

Palabras clave:

Hipertrofia mamaria. Mamoplastia de reducción. Nivel de salud. Calidad de vida.

KEY WORDS:

Mamary hypertrophy. Reduction mammoplasty. Health level. Quality of life.

INTRODUCCIÓN

La OMS define "Salud" como el completo bienestar físico, psicológico y social. Esta definición tiene especial relevancia en Cirugía Plástica donde mucha de la patología tratada muestra un gran componente psicosocial, asociado generalmente a la necesidad imperiosa de transformar el esquema y rasgos del propio cuerpo. En la práctica, la petición de cirugía transformadora radica principalmente sobre defectos zonales, en especial en regiones de alta significación psicológica para el atractivo personal.

En la mujer la zona de mayor demanda son las mamas y el motivo más frecuente de consulta es la hipertrofia mamaria¹.

Las mamas se han considerado siempre un símbolo de feminidad, sensualidad y expresión sexual ensalzado por el arte, la literatura y la moda. Sin embargo, el concepto de estética de la mama ha ido cambiando considerablemente. Anteriormente se preferían las mamas

voluminosas y los cuerpos redondeados. Hoy en día el concepto de armonía del cuerpo está representado por modelos más delgados que reflejan mejor las costumbres modernas de dinamismo, ejercicio físico y régimen alimentario equilibrado².

Estos factores, asociados a la influencia de los medios de comunicación y de la moda, que deja el cuerpo más al descubierto, hacen que tomemos conciencia de nuestras imperfecciones.

En el caso de la hipertrofia mamaria, las mujeres se sienten obligadas a modificar sus costumbres indumentarias y sus comportamientos por la vergüenza que sienten al mostrar mamas demasiado voluminosas. Estas pacientes actúan evitando las actividades deportivas o de grupo, lo que las conduce a una vida más sedentaria y a veces, a cierto aislamiento. Generalmente refieren además cierta sintomatología física relacionada con el tamaño de sus mamas, tales como dolores dorsales, cervicales, de hombros, parestesias en miembros superiores y numerosas lesiones cutáneas.

MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN

Cuando un cirujano es solicitado para realizar cirugía reductora es preciso que tenga claras las indicaciones, el momento ideal para hacerlo, y la técnica que debe emplear en cada una de ellas. La macromastia fue definida ya en 1964 por Strombeck⁴ como "aquella situación en la que tras practicarse cirugía reductora, se extirpan al menos 200 g en al menos una mama". Estudios más recientes⁵ postulan que el tamaño en el que una hipertrofia mamaria se convierte en sintomática es único para cada paciente y puede determinarse por el número y grado de síntomas asociados.

La mamoplastia de reducción consiste en disminuir el volumen de tejido mamario de manera muy similar a lo que ocurre en una mastectomía pero conservando un volumen central que es el que sustenta el complejo areola-pezones. Este volumen central será el responsable del tamaño de las mamas, de su forma y posición final². El conocimiento de la anatomía (especialmente la vascularización e inervación mamarias y del complejo areola-pezones) es esencial para una cirugía eficaz y segura. Finalmente se requieren excisiones de piel para acomodar una mama más pequeña y con una mayor proyección. El objetivo final es crear unas mamas atractivas, con forma natural y con la menor cicatriz posible.

La historia de la cirugía reductora de las mamas ha sido ampliamente discutida por varios autores, pero un considerable grupo atribuye a Moretín en 1909⁶ ser el primero en realizar la trasposición del complejo areola-pezones. Sin embargo la primera descripción de mamoplastia reductora con incisión oblicua se le atribuye a Hollander en 1924⁷. Estas primeras técnicas consistían sobre todo en una reducción de volumen sin gran preocupación por la forma. A continuación, los cirujanos se dedicaron a lograr una forma armoniosa y estable de la mama. Importantes contribuciones abrieron las puertas de estos procedimientos durante la segunda mitad del siglo xx con autores como Wise en 1956⁸, Strombeck en 1960⁹ y Skoog en 1974¹⁰, entre otros. A pesar del valioso aporte de estos autores, el problema de las extensas cicatrices, no satisfacía del todo a las pacientes.

La búsqueda de un método quirúrgico que permitiera reducir las mamas mediante incisiones pequeñas, obteniendo un modelado estético y natural en todos sus cuadrantes, preservando su función y sensibilidad, ha sido el reto para la creatividad de los cirujanos plásticos a finales de este milenio. Así se ha llegado a la producción de un considerable número de técnicas valiosas durante las últimas décadas, e igualmente se ha enfatizado so-

bre la importancia de la inervación del complejo areola-pezones¹¹.

La vascularización areolar puede asegurarse mediante un pedículo dermoglandular superior o inferior, o bien un pedículo glandular solo. Se empleará una u otra técnica según la práctica del cirujano o la importancia de la hipertrofia. Las técnicas de pedículo superior, fáciles de realizar, se recomiendan para las hipertrofias moderadas y suelen permitir limitar la cicatriz subareolar a una sola vertical o a una submamaria corta. Las técnicas de pedículo inferior se recomiendan para las grandes hipertrofias, pero conllevan una cicatriz en T invertida.

En general no existe una técnica ideal para la corrección de la hipertrofia y ptosis mamaria. La elección de la técnica se adapta a la situación preoperatoria. Resulta esencial que estas técnicas, con sus ventajas e inconvenientes, sean discutidas con la paciente antes de la operación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Analizamos 30 pacientes sometidas a mamoplastia de reducción en nuestro servicio desde el año 2000 al 2001. Todas las pacientes buscaron consejo médico en la unidad de mama por hipertrofia mamaria sintomática. La edad media de las pacientes fue de 38 años (rango 15-56). En todos los casos utilizamos la técnica de mamoplastia de reducción de Skoog con algunas variaciones. Para la vascularización del CAP (Complejo Areola Pezones) hemos utilizado 3 técnicas diferentes. Los primeros casos fueron con la técnica del pedículo inferior y los últimos de nuestra serie con la técnica del colgajo bipedunculado. Solo hemos realizado 1 caso de amputación con injerto libre de pezones.

Postoperatorio: Las pacientes permanecen hospitalizadas durante 4 días, salvo complicaciones. Los puntos y tiras de aproximación se retiran a los 12 días. Ninguna paciente suele requerir transfusión sanguínea si el hematocrito preoperatorio es mayor del 40 %, aunque en 3 de los 30 casos utilizamos autotransfusión, habitualmente de 2 unidades de concentrados de hemáties.

RESULTADOS

Hemos intervenido a 30 pacientes portadoras de gigantomastia sintomática utilizando las técnicas anteriormente expuestas. La media de tejido mamario extirpado fue de 650 g por mama (rango 450-1.500 g). No se encontró ninguna patología en el examen histológico

de las piezas extirpadas. Hubo una reintervención por sangrado a las pocas horas de la cirugía, que se manifestó por salida abundante de sangre por uno de los drenajes y que se solucionó sin afectar al resultado final.

No existió correlación entre la cantidad de tejido extirpado y la existencia de complicaciones. Hubo cicatrices hipertróficas en 7 casos, sobre todo en el surco submamario, aunque casi todas mejoraron con apósitos siliconados. La paciente que recibió injerto libre de CAP presentó anestesia total del mismo, el resto recuperó la sensibilidad. En los casos de necrosis total del CAP (6,66%) fue necesario una reconstrucción con injerto libre; en los casos de necrosis parcial (16,6%) no fue necesario ningún otro procedimiento de reconstrucción. Ninguna paciente se quejó de mamas demasiado pequeñas, aunque algunas hubieran preferido un menor tamaño final.

Todas las pacientes mejoraron su sintomatología previa de dolor en espalda y cuello y el resultado estético final fue satisfactorio en todos los casos salvo en un caso que presentó un absceso mamario y requirió varias reintervenciones y puestas a plano. Todas las pacientes aseguraron que volverían a operarse y recomendarían a otras que lo hicieran también en el 100% de los casos.

DISCUSIÓN

En la literatura se ha hablado de los beneficios obtenidos en los síntomas físicos³ y se han sugerido ciertos beneficios psicológicos tras la cirugía. Pero conceptos como calidad de vida, nivel de salud, satisfacción personal o nivel de autoestima, tan importantes en la evaluación de los servicios de salud actualmente, no suelen ser considerados a la hora de valorar los resultados en Cirugía Plástica.

En general, la satisfacción de las pacientes con los resultados en todas las series es extremadamente alto, disfrutando de una mejoría sustancial tanto estética como funcional, tal y como apreciamos en nuestras pacientes. Aquellas que expresan menor satisfacción con los resultados refieren las cicatrices inestéticas como la causa más común de la misma. Le siguen en orden de frecuencia: extirpación de menor tejido mamario al deseado, disminución en la sensibilidad del complejo areola-pezón y pseudoptosis³. Shakespeare et al¹², tras estudiar a 406 mujeres concluyen que la mayoría de las pacientes experimentan una significativa disminución en los niveles de dolor en la espalda y en el cuello, abandonando el consumo de analgésicos y beneficiándose de un incremento en los niveles de actividad física. Su

autoestima mejora notablemente, la mayoría se volvería a operar (93%) y recomendarían a otras que lo hicieran (94%).

Souza¹³ desarrolló un estudio en el que compara el nivel de salud y calidad de vida mediante test estandarizados entre las mujeres con hipertrofia mamaria pre y postcirugía y una muestra de mujeres representativa de la población normal. Los resultados prequirúrgicos fueron significativamente más bajos que los de la población normal, mientras que tras la cirugía reductora observó como los resultados eran mucho mejores que los de la muestra de población normal en todos las subescalas excepto en las concernientes al dolor. Esto puede explicarse por la persistencia de dolor residual en algunas pacientes en el postoperatorio inmediato. Concluye que las mujeres experimentan una gran satisfacción con sus mamas tras la cirugía y esta actitud se extiende al resto del cuerpo, no sólo al pecho.

Comparando estos resultados con los obtenidos en nuestra serie podría decirse que la mamoplastia de reducción constituye una excelente opción para aquellas pacientes que presentan una hipertrofia mamaria sintomática.

A pesar de ello, los buenos resultados en el postoperatorio van a depender de la técnica quirúrgica empleada y de ciertas condiciones previas que incluyen características no sólo de las mamas, sino de la piel (el color, su elasticidad y otros factores responsables de la cicatrización) o la existencia de sobrepeso³.

Según Raispis et al¹⁴ la importancia de evaluar los resultados finales a largo plazo radica en que el grado de satisfacción tras 1-2 meses suele ser muy alto con los resultados estéticos y con los beneficios físicos y psicológicos obtenidos. Pero con el paso del tiempo, la persistencia de complicaciones menores tan frecuentes como son las cicatrices inestéticas o la disminución de sensibilidad areolar suele conducir a infravalorar los buenos resultados obtenidos por parte de las pacientes.

MOTIVACIÓN PARA LA CIRUGÍA

Numerosos autores han estudiado las posibles motivaciones que inducen a una mujer a someterse a una mamoplastia de reducción. Ya Netscher et al¹⁵ en un estudio en el que comparan a pacientes sometidas a varios tratamientos por Cirugía Plástica, describen claramente los síntomas físicos y psicosociales que son más específicos de las pacientes con macromastia y cuales de éstos pueden aliviarse tras la cirugía. Es importante reconocerlos porque nos ayudarán a determinar cuándo

una hipertrofia mamaria cumple criterios para una reconstrucción "médicamente necesaria" o simplemente criterios estéticos. Por orden de importancia los síntomas físicos que predominan en la hipertrofia mamaria son: dolor en hombros, lesiones cutáneas (rash, intertrigo), disminución de la actividad física, dolor de espalda y/o cuello, parestesias en extremidades superiores; los factores sociales son: problemas a la hora de vestirse, a la hora de practicar deporte, a la hora de mantener relaciones íntimas; y por último los motivos psicológicos: la mayoría presentan distorsión de su imagen corporal, se sienten infelices y acomplejadas por el excesivo volumen de sus mamas, ansiosas, deprimidas o incluso muestran cierto grado de paranoia e histeria.

En general, los motivos que impulsan a una mujer a solicitar cirugía reductora mamaria son difíciles de determinar, pero es importante establecer si se precisa por limitaciones físicas y dolor, por motivos puramente estéticos o por una distorsión en la esfera psicosocial.

Es posible que algunas de las pacientes tengan una profunda insatisfacción con más zonas de su cuerpo, no sólo con las mamas. Esta imagen negativa puede manifestarse con la presencia de baja autoestima, ansiedad o depresión¹³.

ASPECTOS PSICOSOMÁTICOS

La existencia de alteraciones psicológicas atribuibles a la situación de gigantomastia han sido señaladas por algunos autores. Trabajos recientes han ofrecido como resultados que la psicopatología presentada por estas mujeres suele centrarse en alteraciones afectivas no graves, bien fenomenología ansiosa, depresiva o ligeros trastornos de la personalidad. Tal como ha señalado Harris¹⁷ es probable que muchos de los estudios realizados hayan descuidado estas exploraciones más específicas tales como la alteración de la imagen corporal, la presencia y gravedad de conductas bulímicas y el desarrollo de patología afectiva.

Losee et al¹⁸ estudiaron a pacientes con Bulimia Nerviosa que presentaban evidencia clínica de macromastia y vieron cómo, tras someterse a cirugía reductora todos los síntomas relacionados con los trastornos alimentarios fueron eliminados o, al menos, reducidos favorablemente. Este estudio demuestra que la hipertrofia mamaria puede producir una distorsión de la imagen corporal y convertirse en una causa secundaria de trastornos de la alimentación. La mamoplastia puede, en parte, representar un tratamiento quirúrgico para un trastorno psicológico. Sugieren por fin, que la evaluación

prequirúrgica de mujeres que solicitan tratamiento para la hipertrofia mamaria debería incluir una serie de cuestionarios estandarizados que exploren la existencia de morbilidad psiquiátrica.

HIPÓTESIS

Se parte de la hipótesis de que la hipertrofia mamaria promueve vivencias de ansiedad y de melancolía en relación con el excesivo tamaño de sus mamas. Las mujeres afectas de esta distorsión ponderal son portadoras de estigmas peyorativos con respecto a su morfología corporal.

La psicogénesis de los síntomas acontecidos en la hipertrofia mamaria es un proceso automático de causa-efecto subconsciente e inevitable. Existe cierta susceptibilidad individual a la inducción de estos síntomas que dependen de variables constitucionales, de una serie de circunstancias externas como son los cánones de belleza dictados por la moda y de la capacidad que presenten para desarrollar mecanismos de defensa.

Así, las pacientes con macromastia en torno a los 10 años, que es cuando su pecho comienza a desarrollarse, se sienten ya distintas a las demás, en las que las mamas aún no son evidentes. Pueden reconocer una potencial alteración en su cuerpo y comienzan a tomar un interés inusual por las mamas en la búsqueda de alguien similar a ellas. Se sienten acomplejadas y vulnerables a los comentarios de los demás, sobre todo del sexo opuesto e instintivamente adoptan posturas para disimular su pecho como adelantar los hombros o marcar una cifosis dorsal. Se sientan en lugares públicos con cualquier objeto que esconda su pecho como mochilas o la bolsa de la compra. Suelen llevar vestidos amplios y evitan aquellas situaciones que impliquen mostrar el tórax a otros, tales como la playa, comprar ropa o participar en actividades deportivas.

Su autoestima es baja, se sienten poco atractivas y femeninas, inferiores al resto de chicas de su edad y comienzan a odiar su pecho y a ellas mismas. Esto crea graves dificultades en sus relaciones interpersonales. Si se casan, no pueden entender porqué a sus maridos no les importa el tamaño de sus mamas con el cual ellas se ven tan poco atractivas y evitan desnudarse delante de ellos. Una vez han entrado en esta inevitable secuencia de eventos se muestran angustiadas y deprimidas¹⁷.

Lo último que ellas pretenden es demostrar a los demás estos sentimientos. Desde un punto de vista clínico tiene su importancia porque se muestran muy aprensivas a la hora de hablar de esto con el cirujano plástico.

La única solución para su problema es practicar una mamoplastia reductora.

CONCLUSIONES

En definitiva y como conclusión, podríamos decir que la cirugía de reducción supone un importante beneficio tanto de la sintomatología funcional como del estrés psicosocial y del trastorno en la percepción de la imagen corporal que pueden presentar estas pacientes.

Por todo ello, debemos hacer hincapié en la importancia de la consulta prequirúrgica con la mujer que decide someterse a una mamoplastia de reducción. Deben quedar claras las motivaciones psicológicas, funcionales y estéticas que le llevan hasta allí. Este tipo de averiguaciones apenas pueden suponer unos minutos de nuestro tiempo de atención a la paciente. La información obtenida puede ser de gran utilidad para trabajar de una forma más ajustada en el diagnóstico y tratamiento de los problemas asociados a la hipertrofia mamaria que padece. Las expectativas de la paciente deben confrontarse con las expectativas reales y el cirujano debe explicar las posibles complicaciones y secuelas, así como su posterior tratamiento.

El seguimiento de las pacientes a largo plazo permite valorar los beneficios reales obtenidos y compararlos con los beneficios vividos por las pacientes.

RESUMEN

La mamoplastia de reducción constituye una de las prácticas quirúrgicas más comunes en la actualidad en nuestro trabajo como cirujanos plásticos. En la literatura aparecen cada vez más artículos haciendo referencia a las distintas técnicas quirúrgicas, pero muy pocos se refieren a los efectos a largo plazo que una mamoplastia de reducción tiene sobre toda la sintomatología asociada a la hipertrofia mamaria. En estas pacientes, además de confirmarse una sintomatología física evidente, como es dolor de espalda y/o cuello, lesiones cutáneas y adormecimiento en las manos, las repercusiones estéticas asociadas condicionan una evaluación negativa de la autoimagen corporal y producen con gran frecuencia estigmas dismorfofóbicos del propio cuerpo que suelen promover conductas de evitación y aislamiento social. Es por esto que la mamoplastia de reducción ade-

más de disminuir significativamente el volumen mamario, proporciona unos beneficios extremadamente altos, según todas las series revisadas, mejorando los síntomas físicos asociados así como calidad de vida, nivel de salud y autoestima de las pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Klassen C, Jenkinson R, Fitzpatrick, et al. Patients' health related quality of life before and after aesthetic surgery. *Br J Plast Surg* 1996;49:433-8.
2. Mey A, Lejour M. Plasties mammaires pour hypertrophie et ptôse. *Encycl Méd Chir.-Chirurgie plastique reconstructive et esthétique*. 1999;2:45-661.
3. Mizgala CL, Mackenzie KM. Breast reduction outcome study. *Ann Plast Surg* 2000;44:125-33.
4. Strombeck JO. Macromastia in women and its surgical treatment. *Acta Chir Scand* 1964;(Suppl. 3431):1-4.
5. Gonzalez F, Walton RL, Shafer B, et al. Reduction mammoplasty improves symptoms of macromastia. *Plast Reconstr Surg* 1993;91:1270-5.
6. Sinder R. Mamoplastia reductora-Histórico. *Cirugía Plástica de mama*. 1989; 1-27.
7. Hollander E. Die operation der mamahypertrophie and der hangebrust. *Dtsch Med Wochenschr* 1924;50:1400-7.
8. Wise RJ. A preliminary report on a method of planning the mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1956;17:367-72.
9. Strombeck JO. Mammoplasty: Report of a new technique based on the two-pedicle procedure. *Br J Plast Surg* 1960;13-79.
10. Skoog T. Reduction mammoplasty with a vertical dermal flap. *Plast Reconstr Surg* 1972;49:245-56.
11. Berrocal Revueltas M. Cicatriz en "J" para reducción de grandes hipertrofias mamarias. Experiencia personal en 536 casos. *Cir Plast Iberlatinoamer* 2000;26(3):231-42.
12. Shakespeare V, Postle K. A qualitative study of patients' views on the effects of breast-reduction surgery: a 2-year follow-up survey. *Br J Plast Surg* 1999;52:198-204.
13. Suoza F, Guthrie E, Bradbury E, Brain AN. Psychosocial outcome and patient satisfaction following breast reduction surgery. *Br J Plast Surg* 1999;52:448-52.
14. Raispis T, David R, Downey DL. Long-term functional results after reduction mammoplasty. *Ann Plast Surg* 1995; 34:113-5.
15. Netscher DT, Meade RA, Goodman CM, Brehm BJ, Friedman JD, Thornby J. Physical and psychosocial symptoms among 88 volunteer subjects compared with patients seeking Plastic Surgery procedures to the breast. *Plast Reconstr Surg* 2000;105:2366-73.
17. Harris DL. Self-consciousness of disproportionate breast size: a primary psychological reaction to abnormal appearance. *Br J Plast Surg* 1983;36:191-5.
18. Losee JE, Serletti JM, Kreipe RE, Cldwell EH. Reduction mammoplasty in patients with bulimia nervosa. *Ann Plast Surg* 1997;39:443-6.