

CURSOS E-LEARNING Y PRESENCIALES
DE CIRUGÍA DE REMODELACIÓN CORPORAL

Mastopexia T invertida

CBC SURGERY
ACADEMY
Alta Formación Cirugía Estética

ÍNDICE

1. Introducción

2. Módulo teórico

2.1. Anatomía quirúrgica

2.2. Indicaciones

*2.3. Seguimiento postoperatorio
y complicaciones*

1. Introducción

La mastopexia en T invertida es una técnica quirúrgica que consideramos de dificultad alta dentro de las cirugías de la mama. Es, sin duda, la última cirugía cosmética de la mama que deberemos realizar, tras obtener experiencia en aumentos simples, mastopexias menores y reducción mamaria sin implantes. En la mastopexia en T invertida aumentamos no sólo la complejidad técnica, sino también las complicaciones postquirúrgicas. En la escala de complejidad hay un punto intermedio entre mastopexia periareolar y la T invertida que es la mastopexia vertical. Podemos considerar que es la misma intervención, salvo la necesidad de realizar la cicatriz larga del pliegue submamario. En la mastopexia en T invertida implica siempre una mama de tamaño medio-alto o con una piel estriada y de gran elasticidad. Todos estos factores dificultan la cirugía y nos debe orientar la cantidad de piel a eliminar. Cuando indicamos una T invertida debemos dar por hecho que será necesario realizar una sutura tensa para que el resultado final sea satisfactorio y duradero. La cesión de la piel es muy habitual debido a dichas características dérmicas. Una mama con una pexia en T sin tensión es casi sinónimo de second look en meses para eliminar piel sobrante del polo inferior. Respecto a la areola el colgajo a realizar puede ser muy variable y será comentado posteriormente.

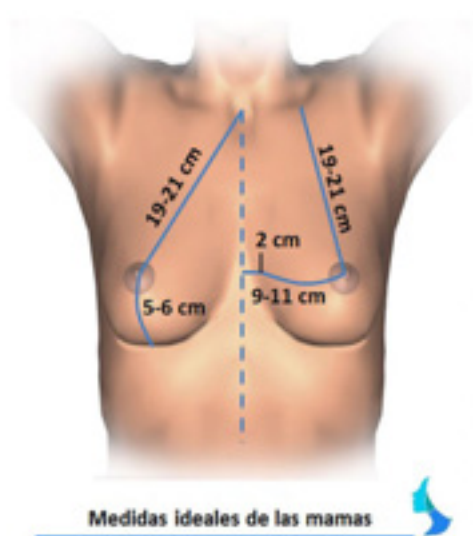
Los perfiles clásicos para una mastopexia en T son:

- a) Mujer tras su embarazo y lactancia. Generalmente serán mujeres que tienen una mama de tamaño grande o moderado con cambios dérmicos y ptosis de moderada a severa.***
- b) Corrección de una macromastia. En estos casos estaría indicado una mastopexia con fines reductivos. Será una técnica quirúrgica similar pero además de piel, predomina la escisión de tejido graso y glandular. Son los casos más complejos.***
- c) Pérdida masiva de peso. Tras pérdidas masivas de peso (cirugía bariátrica, dietas...) existe una hiperelasticidad cutánea que hará que una vez puesto un implante se adapte muy rápidamente y vuelva a caer el pecho. Es por ello, que la mastopexia en T invertida es la técnica más utilizada tras una pérdida masiva de peso. La valoración de la piel de la paciente es por lo tanto de capital importancia para decidir la técnica más apropiada. Como siempre hemos dicho, mejor quedarnos cortos en la escisión de la piel que lamentar tener que usar un implante menor al deseado por imposibilidad de cierre de la herida. Además, la mastopexia "paso a paso" explicada en los vídeos ayudará a que cirujanos con poca experiencia no tengan que pasar por el trance que supone escindir más piel de la que deberíamos.***

2. Módulo teórico

2.1. Anatomía quirúrgica

Antes de cualquier cirugía cosmética de la mama deberemos conocer las medidas estándar consideradas ideales, las cuales serán capitales para el correcto marcado prequirúrgico. Será de vital importancia en las mastopexias ya que el CAP deberá ser ascendido hasta el punto ideal, que debe coincidir con el punto de máxima proyección mamaria. Como referencia, este punto está situado de 19 hasta 21-22 cm de la horquilla esternal. Esto dependerá de múltiples factores siendo los principales la complexión de la paciente, el tamaño de la mama y el tipo de implante usado.



Las mamas son unas glándulas pares y simétricas a modo de dos prominencias hemiesferoidales, con pesos aproximados de 150-500 g, situadas en la pared torácica anterior entre las costillas II-III a VI-VII, desde el esternón a la línea axilar media y una prolongación que se dirige al hueco axilar en forma de cola. Están constituidas por las glándulas mamarias, la piel y tejidos conjuntivos asociados, sobre la fascia superficial anteriores a la musculatura pectoral y la pared torácica anterior.

Las glándulas mamarias consisten en una serie de conductos y lóbulos secretores asociados, estos convergen en forma de 15 a 20 conductos galactófo-

ros. Su unidad constitucional es el lóbulo mamario, el cual parte de un conducto galactóforo principal desde el pezón, con una pequeña dilatación a poco de su nacimiento (seno galactóforo), que luego se divide en conductos secundarios y terciarios con sus acinos terminales.

Los conductos poseen dos capas celulares:

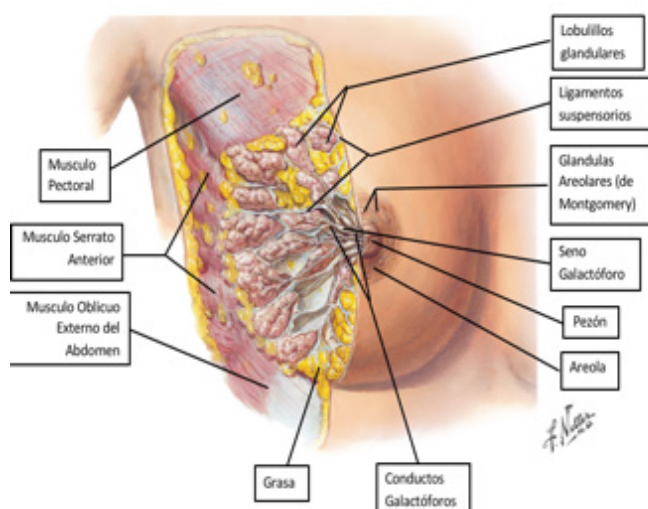
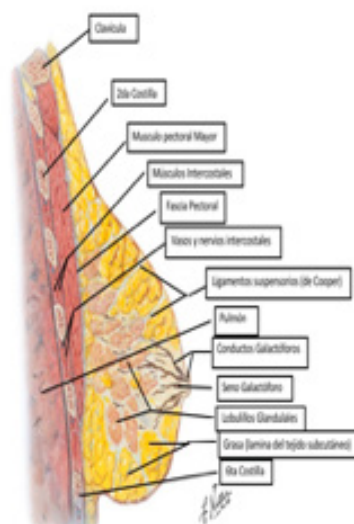
- a) Superficial: Constituida por las células ductales o galactofóricas: epitelio más cilíndrico hacia el pezón y más cúbico hacia los acinos.**
- b) Profunda: Con 2 tipos de células:**

- Cúbicas:
 - Tipo A (Oscuras).
 - Tipo B (Claros) : Dan lugar a los otros dos tipos.
- Mioepiteliales sobre la membrana basal.

Un estroma de tejido conjuntivo bien desarrollado rodea a los conductos y lóbulos de la glándula mamaria. En ciertas regiones este tejido se condensa para formar ligamentos bien definidos, los ligamentos suspensorios de la mama, que se encuentran en continuidad con la dermis y sirven de soporte para la misma.

El tejido adiposo representa el relleno de la mama, separándola del plano profundo pectoral y dentro de la misma, los distintos lóbulos entre sí. En las mujeres no lactantes el componente predominante es la grasa, mientras que en las lactantes predomina el tejido glandular. También son importantes las características genéticas y la edad. De forma general, a más juventud mayor será la proporción de tejido mamario y viceversa. Tras los embarazos, y sobre todo tras la menopausia, la mama se va haciendo cada vez más grasa y menos densa.

La mama se sienta sobre la fascia profunda relacionada con el músculo pectoral mayor. Una capa de tejido conectivo laxo separa la mama de la fascia profunda y proporciona cierto grado de movimiento sobre las estructuras subyacentes. Las líneas de tensión de la piel de Langer, llamadas líneas de escisión, son topológicas dibujadas en un mapa del cuerpo humano. En las mamas estas líneas de tensión de la piel se extienden de manera circunferencial por el complejo pezón-areola. Dichas líneas tienen una importancia particular ya que determinan el sitio de incisión que menor estigma dejará en forma de cicatriz.



La cubierta cutánea de ambas mamas está constituida por la piel de 0.8 a 3 mm de grosor, con la desembocadura de los ductos principales en su cúspide a nivel del pezón, su estructura cónica de unos 10-12 x 9-10 mm, rodeado por un engrosamiento epidérmico discoidal y pigmentado (llamado areola) que presenta glándulas sebáceas, apocrinas, que se conocen como tubérculos de Montgomery (Morgagni en el embarazo). Periareolarmente existe también un discreto componente piloso más marcado que en el resto de la piel mamaria.

Pezón y areola son particularmente ricos en melanina, disponiendo además de haces musculares lisos, sobre todo rodeando los ductos principales, y con una rica inervación sensitiva.

DESARROLLO MAMARIO.

Las glándulas mamarias se derivan principalmente de los engrosamientos epidérmicos que se desarrollan a lo largo de la región ventral de la superficie del cuerpo a lo largo de la llamada línea de leche. En la mujer, la mayor parte del desarrollo de los senos ocurre después del nacimiento, mientras en el hombre se produce mucho más desarrollo después del mismo.

En las mujeres, el crecimiento y la ramificación de las mismas progresan lentamente durante los años prepuberales. Luego, en el desarrollo de las glándulas mamarias aumenta dramáticamente en la pubertad, con mayor ramificación de conductos, formación de acinos, y una masiva proliferación del estroma intraductal lo que da como resultado la formación de un botón mamario.

El cirujano debe tener mucho cuidado al considerar la biopsia de cualquier masa en la pared torácica en una niña antes del desarrollo de los senos maduros. La escisión de un botón mamario evitará el desarrollo de la glándula condicionando posiblemente una amastia en el futuro.

VASCULARIZACIÓN DE LA MAMA

El sistema venoso, como en otras partes, sigue un trayecto paralelo inverso, se dirige principalmente a la vena axilar, aunque también drena una parte en la vena torácica interna.

El drenaje linfático de la mama es importante debido a su papel en las metástasis de células cancerosas. La linfa pasa desde el pezón, la areola y los lóbulos de la glándula hacia el plexo linfático subareolar, y desde ahí:

- a) La mayor parte de la linfa (> 75 %), especialmente la de los cuadrantes laterales, drena hacia los nódulos linfáticos axilares, inicialmente en su mayoría a los nódulos pectorales o anteriores; pero una porción de linfa drena directamente a otros nódulos axilares, o incluso a los nódulos interpectores, deltopectores, supraclaviculares o cervicales profundos inferiores.***
- b) La otra parte de la linfa restante, la de los cuadrantes mamarios mediales, drena hacia los nódulos linfáticos paraesternales o hacia la mama opuesta, mientras que la de los cuadrantes inferiores puede pasar profundamente hacia nódulos linfáticos abdominales (nódulos linfáticos frénicos inferiores subdiafragmáticos).***

La linfa de la piel de la mama, excepto la de la areola y el pezón, drena en los nódulos linfáticos axilares, cervicales profundos inferiores e infraclaviculares homolaterales, y en los nódulos linfáticos paraesternales de ambos lados.

Aquella linfa que viene de los nódulos axilares drena en los nódulos linfáticos claviculares (supraclaviculares e infraclaviculares) y desde éstos al tronco linfático subclavio, que también drena la linfa del miembro superior. Y la de los nódulos paraesternales entra en los troncos linfáticos broncomediastínicos, que drenan también la linfa de las vísceras torácicas.

La terminación de estos troncos linfáticos es variable; se ha descrito la fusión de estos troncos entre sí y con el tronco linfático yugular, drenando la cabeza y el cuello para formar un corto conducto linfático derecho en el lado derecho o entrando su terminación en el conducto torácico en el lado izquierdo. En varios casos los troncos desembocan independientemente en la unión de las venas yugular interna y subclavia, los ángulos venosos derecho o izquierdo, que forman las venas braquiocefálicas derecha e izquierda (fig. 3.2 C). En algunas ocasiones, desembocan en ambas venas contribuyentes justo antes del ángulo.

NERVIOS DE LA MAMA.

Los nervios de la mama derivan de ramos cutáneos anteriores y laterales de los nervios intercostales (v. fig. 4.1). Estos ramos de los nervios intercostales atraviesan la fascia pectoral que recubre el pectoral mayor para alcanzar el tejido subcutáneo y la piel de la mama. Los ramos de los nervios intercostales conducen fibras sensitivas de la piel de la mama y fibras simpáticas hasta los vasos sanguíneos de las mamas y el músculo liso en la piel que las recubre y los pezones.

La inervación se divide en:

Somática sensitiva que se sitúa sobre todo alrededor de pezón y grandes ductos, y en menor grado en la epidermis periareolar :

a) En la porción superior procede de los nervios supraclaviculares (C3, C4).

b) En la porción lateral de los 3º y 4º nervios intercostales.

c) En la porción medial de las ramas anteriores de los nervios torácicos-intercostales a través del pectoral mayor.

d) En el CSE del nervio intercosto-braquial (C8, D1) que atraviesa la axila.

2.2. Indicaciones

Las indicaciones clásicas de la mastopexia en T invertida son:

- a) Mamas con ptosis moderada o severa típicamente tras embarazos o pérdidas de peso.***
- b) Mamas de gran volumen de inicio que por su propio peso presentan una ptosis considerable.***

Ante la duda de si va a ser necesaria T invertida o sólo vertical, siempre deberemos indicar a la paciente la posibilidad de realizar la cicatriz en T, con el fin de no vernos condicionados en quirófano. La complejidad en novatos consiste en calcular preparatoriamente si será necesario una T o sólo una vertical cuando usamos implantes de tamaño medio o alto. Sin duda la experiencia es la principal herramienta para poder saber en casos límite qué tipo de escisión dérmica será necesaria. Mientras se adquiere esa experiencia, no dude en hacer la mastopexia “paso a paso” y de este modo no cometerá errores evitables.

ABORDAJE.

El abordaje de una mastopexia en T invertida es la cicatriz periareolar y la clásica T del patrón de Wise. La areola la reduciremos generalmente a un diámetro de 38-42 mm con el marcador para después proceder a la escisión dérmica del patrón marcado. Tendremos la opción de colocar el implante antes o después de realizar dicha escisión dérmica. La ventaja de hacerlo antes es la garantía que no nos quedaremos con menos piel de la que necesitamos. Podremos realizar la inserción del implante desde varios accesos, siendo los más cómodos la cicatriz vertical o el abordaje por el pliegue submamario centrolateral.

PLANO ANATÓMICO.

El plano anatómico que recomendamos para una mastopexia en T invertida es el submuscular. Debemos dar por hecho que la paciente que precise una mastopexia en T invertida presenta una piel que ha ganado mucha elasticidad. Por ello, existen dos motivos fundamentales para recomendar dicho plano:

- a) No hacer que la piel sea el soporte de peso extra para evitar su cesión precoz.***
- b) Evitar que la prótesis se exponga en caso de dehiscencia de la intersección de la T invertida.***

Asegúrese siempre que la frágil unión de la intersección de la T invertida quede bien cerrada y el implante con una cobertura muscular suficiente. Ello nos ahorrará complicaciones de difícil solución.

Algunos cirujanos prefieren realizar la apertura completa del pectoral en el surco submamario, sin embargo en nuestro caso, consideramos más seguro conservarlo al menos desde la intersección de la T y medialmente a esta.

TIPO DE IMPLANTE.

Una vez conocidas las características de los implantes en el módulo de mastopexias periareolares podemos directamente hacer referencias a los implantes en mastopexias en T. Nuestro consejo y práctica diaria es el uso de implantes redondos en plano subpectoral. El motivo es el mismo que el comentado previamente. En la mastoepxia en T invertida tenemos que dar por hecho que existirá un grado menor o mayor de cesión dérmica en el postoperatorio. Las paciente que se someten a mastopexias en T son clásicamente mujeres que echan de menos relleno en el polo superior mamario debido a la ptosis moderada-severa y al peso mamario. Si sumamos la cesión dérmica esperada junto con un implante anatómico el resultado probable será una deflación en poco tiempo del relleno del polo superior y, por lo tanto, el descontento de nuestra paciente. Es por ello, que prácticamente en el 100% de los casos de T invertida usamos implantes de perfil redondo a fin de conservar el relleno del polo superior de la mama. En función del tipo de mama que vayamos a someter a la T invertida tendremos que decidir el tamaño (cc) y el perfil del implante. Esto dependerá tanto de los deseos de la paciente como del tipo de mama que nos encontremos en consulta. Generalmente, una mastopexia en T con patrón reductivo precisara de un implante de perfil medio o medio-alto. Para una mastopexia en T en una mama de escaso volumen pero con mucho exceso dérmico tenderemos a usar un implante de mayor perfil. No obstante, otros factores como la complexión de la paciente y la experiencia nos ayudara a escoger el implante más adecuado. No existe ningún método fiable con el que podamos saber el tamaño exacto de una mama tras una mastopexia en T y un determinado implante, más aún cuando se trate de una mama voluminosa. Es por ello, que ganar experiencia nos hará "acertar" en nuestro consejo. Si no se dispone de mucha experiencia en el procedimiento es preferible valorar con la paciente la posibilidad de movernos dentro de un rango razonable de tamaños para conseguir el resultado esperado y deseado. Es una forma de no vernos "sacrificados" a poner el implante exacto que hemos dicho en consulta y tener un cierto margen de subir o bajar. Comentararlo con honestidad a nuestra paciente en consulta es lo mejor, ya que la prudencia siempre debe ser nuestra arma de éxito cuando estamos en plena curva de aprendizaje.

2.3. Seguimiento postoperatorio y complicaciones

El seguimiento es prácticamente igual a la mastopexia periareolar o mamoplastia de aumento.

Cada cirujano tiene sus propias costumbres a la hora de realizar el seguimiento postoperatorio de cada cirugía. No existe un manual que sea la verdad absoluta en cómo seguir un paciente quirúrgico. Lo que sí debemos tener claro es que hay una serie de recomendaciones que son claras. Entre ellas están el uso postoperatorio de:

- a) Medicación analgésica y antiinflamatoria.**
- b) Profilaxis antiinfecciosa. La duración será variable según cada cirujano. Teóricamente, al tratarse de una cirugía limpia no haría falta realizar un tratamiento completo, si bien es cierto que muchos cirujanos se sienten tentados a completar el ciclo semanal habitual.**
- c) Uso de vendaje compresivo las primeras 12-24 horas.**
- d) Uso de sujetador especial tipo deportivo las primeras semanas.**
- e) Uso de banda pectoral. Aunque no sea imperativo es recomendable, ya que reduce el ascenso inicial del implante por efecto de la musculatura pectoral.**
- f) Masaje postoperatorio.**
- g) Evitar los esfuerzos con los brazos, cargar peso o subir los brazos durante la primera semana para evitar el ascenso protésico en exceso.**
- h) Ingreso de una noche. Generalmente, las pacientes pasan una noche en el hospital ya que se trata de una cirugía de mayor duración en comparación con la mastopexia periareolar.**

Las revisiones postoperatorias son variables. En nuestro caso, generalmente, solemos realizar una primera revisión para ver la evolución de la herida quirúrgica a la semana de la cirugía, seguida de una revisión al mes, otra a los tres meses y otra de seis a doce meses de la cirugía.

Es muy importante advertir previamente a la paciente de las revisiones que realizará y la evolución previsible del resultado. La evolución habitual debe ser de unas mamas altas con el polo inferior achatado y en ocasiones CAP en “pico de loro”. Hay que advertir que es completamente normal, ya que hemos dado toda la tensión necesaria para conseguir un correcto resultado final. Una mastopexia en T invertida que al acabar el quirófano presente unas mamas completamente redondas y perfectas “a priori” será sinónimo de mal resultado en

escasos meses por la cesión de la piel. Es por ello, que deberemos insistir a nuestra paciente que los resultados finales no se verán hasta pasados unos meses.

COMPLICACIONES.

Las complicaciones son las comunes a la mamoplastia de aumento y mastopexia periareolar. A ello sumaremos algunas características de la mastopexia en T. Estas son:

- a) Alteraciones en la vascularización del CAP: Dado que la ptosis es mayor, la mastopexia en T suele implicar la realización de un colgajo de CAP con mayor riesgo que la mastopexia periareolar. A más caída del CAP más riesgo existe de déficit de vascularización al ascender a su posición final. No existen límites en el ascenso pero deberemos tener especial cuidado cuando este sea igual o superior a los 7-8 cm. Ante la duda en consulta tras las mediciones, siempre recomendaremos advertir a la paciente de la posibilidad de necesitar realizar un injerto libre del CAP en caso de déficit de riego sanguíneo.***
- b) Complicaciones del injerto libre de CAP: si precisamos realizar un injerto libre siempre existe la posibilidad de perderlo, aunque esto es francamente improbable según nuestra experiencia. Lo que sí es más frecuente cuando necesitamos hacer un injerto libre es la pérdida del pezón, la sensibilidad y la hipopigmentación areolar. La imposibilidad de lactancia también debe ser considerada con la paciente. Hemos comparado que existen resultados mucho mejores del injerto libre cuanto menor es el tiempo de espera para su nueva ubicación una vez desinsertado. Tenemos resultados que difícilmente se puede saber si se trata de un colgajo o un injerto a la exploración. Pese a ello, siempre debemos contar con los cambios típicos que condiciona el injerto y que la paciente sea conocedora de ellos.***
- c) Dehiscencias de herida quirúrgica: Tanto la intersección de la T como el tercio medio de la cicatriz vertical son las áreas con mayor riesgo de sufrir dehiscencias. La intersección, por ser el área de menor vascularización, y el tercio medio de la vertical por ser el área más tensa. Para prevenirlo es muy importante el cierre en multicapa, usar suturas no “rapid” en subcutáneo para tensar, y no depender de la intradérmica para soportar dicha tensión. Pese a ello, es una complicación que todo cirujano que realice este procedimiento experimentará más de una vez en su vida. Sin duda, suele ser más problemática la intersección de la T invertida por el mero hecho de que es un punto donde puede que no exista cobertura del implante por el pectoral, ello podría contaminar el implante y por***

consiguiente, acabar en la necesidad del explante transitorio para conseguir el cierre.

d) Cesión dérmica: Aunque puede darse también en la mastopexia periareolar, las características de la piel mamaria que precisa T invertida precisa que hagamos referencia a ella en este capítulo. Como hemos recalcado en varias ocasiones la cesión dérmica no es una complicación, sino algo que debemos dar por hecho que ocurrirá en menor o mayor medida en este tipo de cirugías. Es por esto, que debemos plantear la cirugía contando con ella a diferencia de en una mamoplastia de aumento.

