

Mastoplastia en la adolescente*

X. Tarrado, F.J. Parri, R. Sarget, M.A. Sancho, L. Morales

Servicio de Cirugía Pediátrica, Unidad Integrada Hospital Sant Joan de Déu/Hospital Clínic, Universidad de Barcelona, Barcelona

RESUMEN: El objetivo de este trabajo es analizar la experiencia de nuestro centro pediátrico en el tratamiento de las malformaciones mamarias en las adolescentes.

Hemos revisado los casos de mastoplastia hasta el año 1999 (n = 24). Se han dividido en dos grupos: mastoplastia de aumento (A) y de reducción (R). Se analizan los parámetros: etiología, patología asociada, técnica empleada, resultados estéticos y complicaciones.

Grupo A (n = 14; 17 implantes). En todos ellos la hipoplasia mamaria moderada-severa con repercusión psicológica fue la indicación. Patología asociada: malformaciones torácicas (n = 13) y patología psiquiátrica (n = 2). La vía de abordaje fue submamaria en 6 casos, axilar videoasistida en 4 e iterativa sobre cicatriz torácica en 3. Todas las prótesis se situaron en el espacio retromamario. No se encontró ninguna complicación mayor y se obtuvo un buen resultado estético, reinterviniendo un solo caso por asimetría.

Grupo R (n = 10). La indicación fue en todos los casos la hipertrofia mamaria puberal bilateral. Patología asociada: obesidad (n = 3), trastornos psiquiátricos y de conducta (n = 3), escoliosis (n = 2), y un caso de pubertad precoz isosexual. En todos los casos excepto uno (en que se empleó la técnica de Lejour) se practicó una mastoplastia de Strömbeck. El resultado estético fue bueno, presentando dos casos cicatrización hipertrófica. La única complicación fue una infección de herida que evolucionó favorablemente.

PALABRAS CLAVE: Mastoplastia; Prótesis mamaria; Adolescente.

MAMMAPLASTY IN FEMALE ADOLESCENTS

ABSTRACT: The aim of this work is to analyze the experience in our pediatric center on the surgical management of mammary malformation in teenagers.

We have reviewed or mammaplasty cases until 1999 (n = 24). We have divided them in two groups: augmentation (A) and reduction (R) mammaplasty. The analyzed parameters were: etiology, associated pathology, surgical approach, aesthetic results and complications.

Correspondencia: Dr. X. Tarrado, Servicio de Cirugía Pediátrica, Unidad Integrada Hospital Sant Joan de Déu/Hospital Clínic, Passeig Sant Joan de Déu 2, 08950 Esplugues de Llobregat, Barcelona.

*Este trabajo ha sido presentado en el XXXIX Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica en Santander, Mayo 2000.

Recibido: Mayo 2000. Aceptado: Septiembre 2000

Group A (n = 14; 17 implants). The surgical indication was moderate-severe mammary hypoplasia with psychological repercussion. Associated pathology: thoracic malformation (n = 13) and psychiatric pathology (n = 2). The surgical approach was submammary in 6 cases, videoassisted transaxillary in 4 and iterative on thoracic scar in 3. All the implants were located at the subglandular space. No major complications were found and the cosmetic results were good, with only one reoperation because of asymmetry.

Group R (n = 10). Surgery was indicated because of bilateral puberal mammary hypertrophy in all cases. Associated pathology: obesity (n = 3), psychiatric and behaviour disorders (n = 3), scoliosis (n = 2), and one case of isosexual precocious puberty. In all cases but one the Strömbeck mammaplasty was performed. We used the Lejour technique in this single case. The cosmetic results were good, except for 2 cases of hypertrophic scar. The only complication was a wound infection that healed well.

KEY WORDS: Mammaplasty; Mammary prothesis; Adolescent.

INTRODUCCIÓN

La mastoplastia en la adolescente va adquiriendo importancia en nuestros días, no sólo en los casos de malformación mamaria manifiesta, sino también en aquellos que provocan en la paciente una distorsión en la autoimagen corporal con consecuencias en su desarrollo psicológico.

Las indicaciones para la mastoplastia en nuestro centro son la presencia de una malformación severa evidente o grados moderados de malformación que tengan una repercusión orgánica (cifosis, hábitos posturales viciosos, etc.) y/o ocasionen trastornos psicológicos/psiquiátricos. Por este motivo en el manejo de estas pacientes colaboran otros servicios como endocrinología, traumatología y psiquiatría.

En un centro pediátrico como el nuestro, con atención hasta los 18 años, es necesario dar cobertura al tratamiento de esta poco frecuente patología a pesar de la especialización que ello supone. Ante el aumento que habíamos notado en las consultas por este motivo, decidimos revisar los casos intervenidos en nuestro servicio en los últimos diez años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han revisado las historias clínicas y los archivos fotográficos de 24 pacientes a las que se les practicó algún tipo de mastoplastia en los últimos diez años en nuestro centro, y se dividieron en dos grupos según fueran de reducción (R) o de aumento (A). Incluimos en el grupo R un caso de mastopexia por su afinidad a éste en cuanto a la técnica empleada. Analizamos en ambos grupos los parámetros: etiología, patología asociada, técnica empleada y complicaciones.

RESULTADOS

De las 24 mastoplastias revisadas, 18 (75%) fueron realizadas en los últimos tres años.

Grupo R (n = 10). La hipertrofia puberal bilateral fue la etiología en todos los casos (excepto el que incluimos en este grupo siendo una mastopexia por ptosis mamaria bilateral con malposición mamaria).

Entre la patología asociada encontrada la obesidad (n = 3) y los trastornos psiquiátricos y de conducta (incluyendo éstos depresión y anorexia nerviosa) (n = 3) fueron los más frecuentes. Dos casos se acompañaban de escoliosis leve-moderada y un caso tenía antecedente de pubertad precoz isosexual.

En todos los casos excepto uno (en que utilizó la técnica de Lejour) se practicó una mastoplastia de Strömbeck, con una media de edad en el momento de la intervención de 16 años (13-18). La mastopexia por ptosis se realizó igualmente con el patrón de Strömbeck.

Con un seguimiento medio de 9,8 meses, las únicas complicaciones fueron una infección de herida que evolucionó favorablemente y dos casos de cicatrización hipertrófica.

Grupo A (n = 14; 17 implantes). En todos ellos la hipoplasia mamaria moderada-severa con asimetría y repercusión psicológica fue la indicación. Sólo dos casos precisaron implantes bilaterales siendo el resto unilaterales con un predominio en el lado izquierdo (n = 8).

Como patología asociada se encontró:

I. Malformaciones torácicas óseas y/o de partes blandas (n = 13 en 11 pacientes): la más frecuente fue la *escoliosis* (n = 4), que en un caso precisó intervención quirúrgica previa practicándose costectomía, discectomía y artrodesis vertebral; *síndrome de Poland* (n = 3); *pectus excavatum* (n = 3), de los cuales dos fueron quirúrgicos, realizándose una técnica de Ravitch-Welch; *síndrome de Holt-Oram* (n = 1); *hipoplasia hemitorácica* post-radioterapia externa por blastoma pulmonar neonatal (n = 1) y *pectus carinatum* (n = 1).

II. Patología psiquiátrica (n = 3): *síndrome ansioso-depresivo* y *anorexia nerviosa* en las tres.

En un caso la mama hipoplásica tenía antecedente de mastitis neonatal desbridada.

El promedio de edad en el momento del implante fue de



Figura 1. Imágenes pre y postoperatoria de paciente de 15 años sometida a reducción mamaria bilateral según técnica de Strömbeck.

17 años (14-20) y la vía de abordaje fue submamaria en 8 implantes, axilar videoasistida en 6 (correspondiendo éstos a los casos más recientes) e iterativa sobre cicatriz torácica de *pectus excavatum* o de toracotomía por escoliosis en 3. Se emplearon prótesis de gel de silicona en 16 implantes y una prótesis-expansor mixta de suero salino-gel de silicona. El volumen medio de las prótesis fue de 199,2 mL (140-240 mL). Todas se situaron en el espacio retromamario.

Con un seguimiento medio de 8,45 meses sin ninguna complicación quirúrgica relevante y buen resultado estético (aunque con asimetrías de las areolas que no son corregibles con la simple colocación de las prótesis); sólo se reintervino un caso por asimetría de volumen aumentando el tamaño de la prótesis.

DISCUSION

La mastoplastia es el tratamiento usado para corregir las malformaciones mamarias, siendo un procedimiento infrecuente en la edad pediátrica. Debido al escaso número de casos y a la especialización necesaria para su tratamiento, no es extraño que la intervención se difiera hasta la edad adulta dejándose en manos de cirujanos plásticos que poseen un

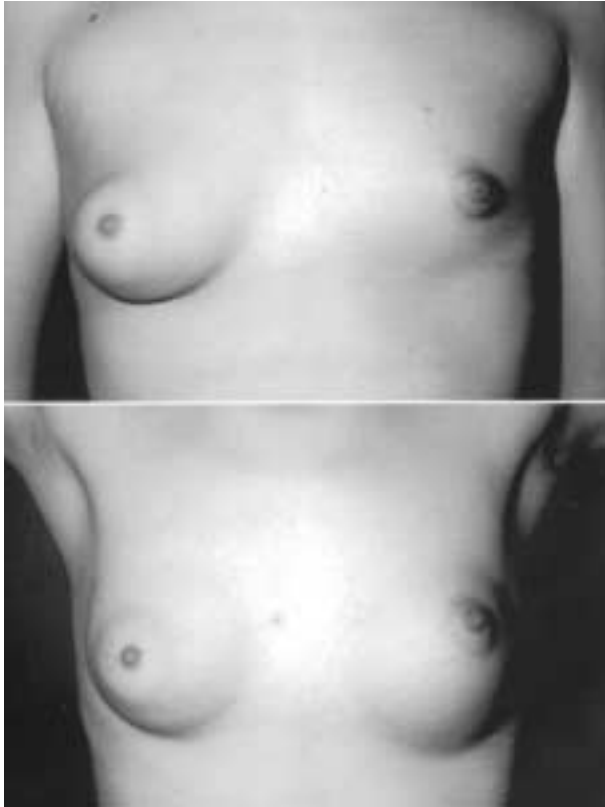


Figura 2. Imágenes pre y postoperatoria de paciente de 15 años tras colocación de prótesis mamaria izquierda de 180 cc por vía axilar videoasistida.



Figura 3. Perfil de la misma paciente de la figura 2 mostrando la cicatriz del abordaje axilar videoasistido oculta en el pliegue.

entrenamiento mucho mayor. Hemos notado en nuestro servicio un aumento importante de las consultas de adolescentes por este motivo (probablemente por ser la imagen un valor en alza en nuestra sociedad y por la popularización de las técnicas quirúrgicas con finalidad estética). En este período de establecimiento de su identidad personal y sexual, las adolescentes son extremadamente exigentes con su imagen, cosa que puede provocar trastornos psicológicos/psiquiátricos (encontramos un caso de hipertrofia mamaria con lesiones mamarias impetiginizadas por rascado, y varios casos con patologías psiquiátricas en las que la malformación tenía algún tipo de influencia). Por todo esto, junto al hecho de trabajar en un hospital de titularidad privada con uso público con atención hasta los 18 años, creemos que desde la Cirugía Pediátrica se debe dar respuesta a esta patología pese a la superespecialización que requiere y a su abordaje multidisciplinario.

De los 24 casos encontrados, 18 (75%) fueron tratados en los últimos tres años, reflejando el aumento de consultas por este motivo.

Tanto las técnicas de aumento como las de reducción se han diferido hasta el final de la adolescencia (media de edad de 17 y 16 años, respectivamente) para evitar la recidiva de

la hipertrofia después de la reducción, o la aparición de asimetrías en el caso del implante protésico.

Entre las reducciones, la técnica de Strömbeck fue utilizada en todos los casos excepto en el último en que se practicó la técnica de Lejour. La técnica de Strömbeck permite una reducción importante de volumen, junto a una reducción y recolocación de la areola a expensas de una cicatriz importante periareolar y submamaria en T invertida (Fig. 1), que con relativa frecuencia se hace hipertrófica, empeorando el resultado estético (dos casos en nuestra serie)⁽¹⁾. Este patrón puede utilizarse igualmente en los casos de ptosis mamaria elevando la mama (mastopexia) y reduciendo y recolocando la areola (tenemos un caso de malposición mamaria con ptosis tratado con esta técnica). La técnica de Lejour, utilizada ya ampliamente en los servicios de Cirugía Plástica de adultos en los últimos años, supone un avance en el tratamiento de la reducción minimizando la zona cicatricial (periareolar y longitudinal submamaria), y ha sido introducida recientemente en nuestro servicio^(2, 3).

En cuanto a las mastoplastias de aumento, la mayoría han sido unilaterales (12 de 14 casos). Este tipo de defecto,

por la simetría que provoca, resulta más visible y angustiante para la paciente, y aunque la colocación de una prótesis no resuelve la asimetría areolar que a menudo presentan, la simetría de volumen produce en la paciente una gran satisfacción; de otro modo, el intento de lograr una asimetría areolar, sólo podría llevarse a cabo a expensas de una asimetría por cicatriz contralateral (Fig. 2). Los dos únicos casos de implante bilateral correspondían a hipoplasias mamarias severas que fueron previamente estudiadas endocrinológicamente, siendo los estudios hormonales normales.

Entre la patología asociada en las hipoplasias la escoliosis fue la más frecuente con cuatro casos, de las cuales sólo uno requirió intervención por este motivo. Las distintas formas de síndrome de Poland fueron tratadas únicamente con implante protésico, que compensó adecuadamente los casos de hipoplasia pectoral sin ser necesarias otras técnicas de injerto muscular⁽⁴⁾. Entre los casos de *pectus excavatum*, sólo dos requirieron reparación quirúrgica torácica, que se efectuó mediante la técnica de Ravitch-Welch⁽⁵⁾. Sobre esta última patología cabe comentar que igualmente hemos registrado un aumento de intervenciones que es de prever que requerirán completar el tratamiento mediante mamoplastia al final de su adolescencia en los próximos años.

Respecto a la técnica, en los últimos 6 casos hemos utilizado el abordaje axilar videoasistido, que aporta como ventajas el dejar una cicatriz oculta en la axila y un largo trayecto hasta el espacio retromamario evitando las complicaciones de la contigüidad de la prótesis con la cicatriz (Fig. 3). La posibilidad de una disección y hemostasia cuidadosa bajo videoscopia evita la colocación de drenajes (en

nuestra serie no ha aparecido ningún caso de hematoma postoperatorio)⁽⁶⁾.

En los casos de cirugía torácica previa, el uso de un abordaje iterativo es la opción más lógica.

La media de volumen protésico utilizado (200 cc) nos da idea del grado de asimetría que presentan estas pacientes.

A pesar de la baja incidencia de complicaciones y del buen resultado estético de nuestra corta serie, destacamos la necesidad de actualización en el tratamiento de estas malformaciones para dar respuesta a una demanda creciente en nuestro medio. En este sentido, remarcamos la introducción en nuestro servicio del abordaje axilar en el implante de prótesis, y la técnica de Lejour en las reducciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Strömbeck JD. Macromastia in woman and its surgical treatment. *Acta Chir Scand* 1964;(Suppl):341.
2. Lejour M. Vertical mammoplasty: Early complications after 250 personal consecutive cases. *Plast Reconstr Surg* 1999;**104**:764-770.
3. Paloma V, Samper A, Sanz J. A simple device for marking the areola in Lejour's mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1998;**102**:2134-2135.
4. Uschel HC Jr, Byrd HS, Sethi SM, Razzuk MA. Poland's syndrome: Improved surgical management. *Ann Thor Surg* 1984;**37**:204-210.
5. Shamberger RC, Welch KI. Surgical repair of pectus excavatum. *J Pediatr Surg* 1988;**23**:615-622.
6. Villafane O, Garcia-Tutor E, Taggart I. Endoscopic transaxillary subglandular breast augmentation using silicone gel textured implants. *Aesthetic Plast Surg* 2000;**24**:212-215.