

Mastoplastia reductora com lipo ultrasonica

JAVIER JESÚS VERA CUCCHIARO, HORACIO LOSTIA

Objetivo

Realizar en nuestra práctica diaria de clínica privada, cirugías menos agresivas con menor tiempo de recuperación y que nos incremente la demanda de la misma a través de recomendación boca a boca por cada una de nuestras pacientes. Básicamente convertir una mastoplastia reductora en una mastopexia, con poca retirada de tejido mamario, con poca utilización del electrobisturí para coagular (la cirugía con bisturí frío) y con una reinserción laboral en 4 días a 5 días. Al reducir el volumen mamario sin abrir la mama (lipo) nos permite reducir la amplitud de las cicatrices dentro de ciertos márgenes de seguridad.

Método

En el período de enero del 2009 a enero del 2013, fueron operadas 138 pacientes femeninas, utilizando la lipo asistida por ultrasonido (Vaser) en todos los casos y en el mismo acto operatorio la mastoplastia reductora. Nuestra rutina utiliza neuroleptoanalgesia suministrada por anestesiólogo/a y con un bloqueo intercostal ejecutado por el cirujano a continuación se infiltran ambas mamas con una dilución de dos frascos de lidocina de 20 ml y un frasco de bupivacaína de 20 ml en una solución de 400 ml, con dos adrenalina de 1 mg y 15 ml de bicarbonato; dicha infiltración también es utilizada para el bloqueo intercostal; terminada la infiltración de ambas glándulas mamarias, se procede a infiltrar un litro de solución de Klein modificada que lleva una sola ampolla de lidocaína a nivel de la base y cuña del cono mamario con bomba peristáltica. Luego se aplica entre 10 a 15 minutos por cada lado la energía ultrasónica, con una sonda de 3 anillos (VASER) a nivel de la base externa e interna y del cono

de la mama; antes usábamos un despegamiento sub-dérmico para estimular la retracción de la piel que hemos abandonado en los dos últimos años, para luego pasar a la fase de aspiración del tejido mamario. El tiempo de aplicación de la energía es variable y dependerá en cada caso de varios factores como, densidad de tejido y porcentaje de grasa en la mama y volumen de infiltración. Se aspira entre 300 ml a 700 ml por lado y este material junto con las porciones amputadas de las mamas se envían de rutina para anatomía patológica. La marcación del exceso cutáneo es una técnica peri-areolo-vertical, que se inicia con la maniobra de Schwartzman, luego la bipartición de la mama en dos polos, se talla el colgajo de pedículo inferior descrito por Lyacir Ribeiro, se procede a la amputación de la base en sus segmentos medial y lateral siguiendo la curvatura del tórax y a continuación se amputa el cono central preservando la irrigación e inervación de la mama, de acuerdo a lo descrito por Bozzola. A continuación se observa la trama de tejido mamario con conservación de varios vasos y nervios, por lo que se utiliza muy poco el electrobisturí, de esa manera hay menor trauma de los tejidos. Se fija el colgajo de pedículo inferior a la porción más alta e interna del polo superior a nivel del pectoral mayor con un mononylon 2-0 ó 3-0 y se continúa con el cierre de los dos pilares del cono fijándolos al colgajo para asegurar la pexia.

Resultados

Fueron muy satisfactorios y con una recuperación laboral de 4 días a 5 días, con una escala de dolor muy tolerable con medicación anti-inflamatoria de rutina, lo que ha permitido incrementar en nuestra rutina esta cirugía. Seromas

si los hemos tenido no han presentado sintomatología clínica ni dolor. Necrosis grasa tampoco la hemos detectado, a lo sumo pequeñas áreas con induración que se resuelven espontáneamente dentro del mes de post-operatorio. Si tuvimos un hematoma expansivo que tuvo ser drenado en quirófano, por ello siempre es nuestra rutina no liberar la vía oral hasta dos horas después de haber terminado la cirugía para permitirnos que el paciente esté en ayunas por alguna complicación para poder ser sedado nuevamente. En el post-operatorio alejado tuvimos 13 cicatrices hipertróficas en su mayoría a nivel areolar y 19 casos que el round block se soltó lo que nos originó una areola con dimensiones mayores y tuvieron que ser corregidas con un nuevo round block con sutura no absorbible tipo mononylon 2-0.

Conclusão

La reducción del tejido mamario glandular y grasa con la utilización de energía ultrasónica, es un método seguro y eficiente, tiene el inconveniente del costo de la aparatología, pero al tener otras aplicaciones en modelado corporal compensa la inversión. Los estudios mamográficos post-operatorio no demuestran calcificaciones patológicas, en los ínfimos casos que se detectaron, si se observa una mayor densidad del parénquima pero sin alteraciones morfológicas. Al ser selectivo, permite preservar vasos y nervios de la glándula, asegurándonos la funcionalidad (lactancia) de la misma de ser necesario. Lo más importante es transformar una reducción mamaria en una simple Mastopexia con menores complicaciones y mejores resultados, en paciente de nuestra práctica privada.