

# recimundo

Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento

**DOI:** 10.26820/recimundo/5.(1).enero.2021.184-190

**URL:** <http://recimundo.com/index.php/es/article/view/997>

**EDITORIAL:** Saberes del Conocimiento

**REVISTA:** RECIMUNDO

**ISSN:** 2588-073X

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Artículo de Revisión

**CÓDIGO UNESCO:** 32 Ciencias Médicas

**PAGINAS:** 184-190



## Abordaje areolar vs submamario en la mamoplastia de aumento

Areolar vs. submammary approach in augmentation mammoplasty

Abordagem areolar vs submamária na mamoplastia de aumento

Yanalin Mabel Mantuano Reina<sup>1</sup>; Anabel Lisseth Gaibor Tapia<sup>2</sup>; María Dayana Vélez Bravo<sup>3</sup>;  
Ivonne Carolina Orozco Freire<sup>4</sup>

**RECIBIDO:** 28/11/2020 **ACEPTADO:** 06/12/2020 **PUBLICADO:** 31/01/2021

1. Medica General en Institución Privada; Babahoyo, Ecuador; yanalinmantuanor@outlook.com;  <https://orcid.org/0000-0001-9824-1272>
2. Medico en Funciones Hospitalarias; Maestrante en Gestión de los servicios de Salud; Babahoyo, Ecuador; anabel\_princess1992@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-3415-0616>
3. Médico en Funciones Hospitalarias; Portoviejo, Ecuador; dayanavelezmaypa@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-3370-0700>
4. Médico General; Investigador Independiente; Quito, Ecuador; ivonnecarolina1992@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-8984-8176>

### CORRESPONDENCIA

Yanalin Mabel Mantuano Reina  
yanalinmantuanor@outlook.com

**Babahoyo, Ecuador**

## RESUMEN

Una mamoplastia de aumento es un procedimiento que se puede realizar a causa de una hipoplasia mamaria o simplemente de manera estética, ya que la mamoplastia es realmente un aumento de senos. El abordaje quirúrgico, para la realización de la mamoplastia va a depender de la anatomía de la paciente, sus necesidades y cualquier recomendación que haga el cirujano, luego de la exploración del área mamaria de la mujer. El fin último es que ya sea utilizando la técnica de areolar o sudmamaria, sean exitosas con ningún tipo de complicación. La metodología de la investigación, es una revisión bibliográfica, que se apoyó en medios electrónicos, para la búsqueda de la información, referente al tema de estudio. La conclusión general es que es difícil escoger que técnica es mejor, ya que la exploración inicial del cirujano de la zona mamaria, antecedentes de otras operaciones de mamas, entre otras, son las que van a definir la mejor técnica a utilizar, de igual manera un equipo exitosos de cirujanos es la clave para que no hayan complicaciones, aunque siempre el riesgo va a estar latente.

**Palabras clave:** Mamario, Areolar, Submamario, Escala, Aumento.

## ABSTRACT

An augmentation mammoplasty is a procedure that can be performed because of breast hypoplasia or simply aesthetically, since mammoplasty is really a breast augmentation. The surgical approach to perform mammoplasty will depend on the anatomy of the patient, her needs and any recommendation made by the surgeon, after the exploration of the woman's breast area. The ultimate goal is that either using the areolar or sudmamaria technique, they are successful with any type of complication. The research methodology is a bibliographic review, which relied on electronic media to search for information regarding the subject of study. The general conclusion is that it is difficult to choose which technique is better, since the initial exploration of the breast area by the surgeon, a history of other breast operations, among others, are what will define the best technique to use, in the same way A successful team of surgeons is the key so that there are no complications, although the risk will always be latent.

**Keywords:** Breast, Areolar, Sudmammary, Scale, Augmentation.

## RESUMO

Uma mamoplastia de aumento é um procedimento que pode ser realizado por causa da hipoplasia mamária ou simplesmente esteticamente, já que a mamoplastia é realmente uma mamoplastia de aumento. A abordagem cirúrgica para realizar a mamoplastia dependerá da anatomia da paciente, de suas necessidades e de qualquer recomendação feita pelo cirurgião, após a exploração da área mamária da mulher. O objetivo final é que, utilizando a técnica areolar ou de sudmamaria, elas sejam bem sucedidas com qualquer tipo de complicação. A metodologia de pesquisa é uma revisão bibliográfica, que se baseou em meios eletrônicos para buscar informações a respeito do assunto de estudo. A conclusão geral é que é difícil escolher qual técnica é melhor, já que a exploração inicial da área mamária pelo cirurgião, um histórico de outras operações mamárias, entre outras, são o que definirá a melhor técnica a ser utilizada, da mesma forma Uma equipe de cirurgiões bem sucedida é a chave para que não haja complicações, embora o risco seja sempre latente.

**Palavras-chave:** Peito, Areolar, Sudmamário, Escala, Aumento.

## Introducción

La decisión de aumentar el volumen mamario presenta dos etapas fundamentales, la primera obviamente pasa por el deseo de la paciente, con todas las implicaciones fantásticas y realidades sociales que conlleva y que no contemplan por lo general argumentos técnicos, y la segunda, puramente médica, debe considerar aspiraciones y parámetros clínicos objetivos, teniendo en cuenta las características propias de cada paciente (Ventura, Rosati, Marino, & Marcello, 2008, pág. 250).

Ante una hipoplasia mamaria la indicación primaria es una mamoplastia de aumento. Sin embargo, debemos ser conscientes de que no todas las mamas son iguales y de que la cirugía de aumento mamario no es un acto rutinario, sino meticuloso, que requiere un estudio preciso que tenga en cuenta la localización y base de implantación, o huella de la mama, la forma y distribución del tejido, y el tamaño y ubicación del conjunto pezón areola. Y es que la mama tiene una localización espacial con unos límites inferior y medial más o menos estables pero con un límite superior, localizado en la unión de la pared torácica con la mama, y un límite lateral fácilmente modificable con prótesis (Menéndez-Graíño & Fernández, 2013, pág. 124).

Las vías de abordaje clásicas, incluyen la periareolar, submamaria y axilar, cada una de las cuales tienen ventajas y desventajas. Aunque con cualquiera de ellas es posible obtener excelentes resultados, todas dejan cicatrices visibles, que en algunos casos pueden perjudicar el resultado de la cirugía. En pacientes con areolas mayores de 4.5 cm. de diámetro una alternativa es el abordaje descrito por Baxter, para la colocación de implantes salinos y que además permite reducir el diámetro areolar, sin dejar cicatrices visibles (Castillo Delgado, Prado Scott, Troncoso Rigotti, Villamán González, & Fuentes Freire, 2007, pág. 92).

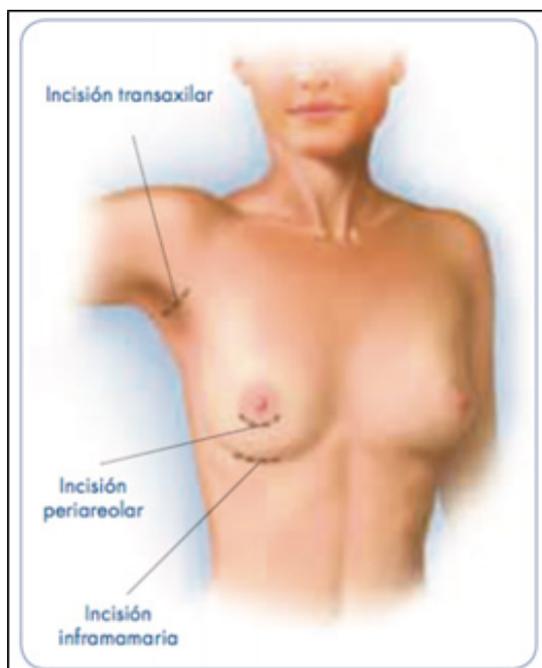
El aumento mamario puede ser realizado por detrás de la glándula (subglandular), por detrás de la fascia muscular (subfasial), totalmente retromuscular o parcialmente submuscular, incluyendo el plano dual. Este último toma la ventaja de utilizar espacios virtuales encontrados en la anatomía mamaria, utilizando simultáneamente las áreas subglandular y subpectoral, localizando la prótesis en un doble bolsillo por detrás y por delante del músculo pectoral. Esta técnica también permite un adecuado diagnóstico y seguimiento imagenológico y clínico de posibles patologías mamarias (Lo Brutto & Alvarez, 2011, pág. 124).

Existen diversos métodos para el aumento mamario mediante incisiones standard o endoscópicas, dentro de las que cabe mencionar:

- **Incisión transaxilar:** Es realizada transversalmente en el hueco de la axila en relación con los pliegues naturales sin sobrepasar el pilar anterior con una longitud aproximada de 3,5-6 cm. Posteriormente se disecciona hasta llegar a la intersección del músculo serrato anterior con el pectoral mayor. Se disecciona el bolsillo en el plano retropectoral sitio donde alojara la prótesis (Calderón & Carriquiry, 2016).
- **Incisión submamario:** Se realiza 1 cm por encima del surco, con una longitud aproximada de 4-7 cm. La incisión se inicia en la proyección longitudinal del borde medial del pezón sobre el surco proyectándose hacia lateral. Ofrece buenos resultados en términos de cicatrices poco visibles (Calderón & Carriquiry, 2016).
- **Incisión periareolar:** Se realiza sobre areolar inferior, desde la hora 3-9 de contorno circular, omega invertida, con una longitud variable según el diámetro areolar. Como ventaja deja una mínima cicatriz, permite buen control de hemostasis y excelente

accesibilidad a la mama siendo de elección en mamas ptóxicas y tubulares. Como desventaja, se considera de difícil acceso en pacientes con areolas pequeñas (Calderón & Carriquiry, 2016).

- Incisión transumbilical: Se introduce la prótesis a través de una incisión periumbilical de 2 cm, luego se disecciona un túnel que permitirá la introducción de un expansor para posteriormente colocación de la prótesis. Existen otros abordajes a mencionar: Trasareoloperimamilar. Trasareolomamilar (Calderón & Carriquiry, 2016).



**Figura 1.** Diagrama de los abordajes quirúrgicos

**Fuente:** (Eulufi, 2017)

La elección del tamaño, forma y proyección de la prótesis a utilizar es probablemente la decisión crítica previa a la cirugía. En cuanto al tipo de implante existe hoy en día una importante variedad a tener en cuenta (texturizados, lisos, redondos, anatómicos y variaciones en las proyecciones o perfiles). Actualmente hay evidencia suficiente para afirmar que los implantes lisos en posición subglandular presentan mayor incidencia

de contractura capsular en relación a igual implante texturizado. No así en plano retropectoral. Hoy en día el implante redondo es la forma más utilizada a nivel mundial (95%) según informe entregado por uno de los fabricantes más importantes a nivel mundial (Eulufi, 2017, pág. 171).

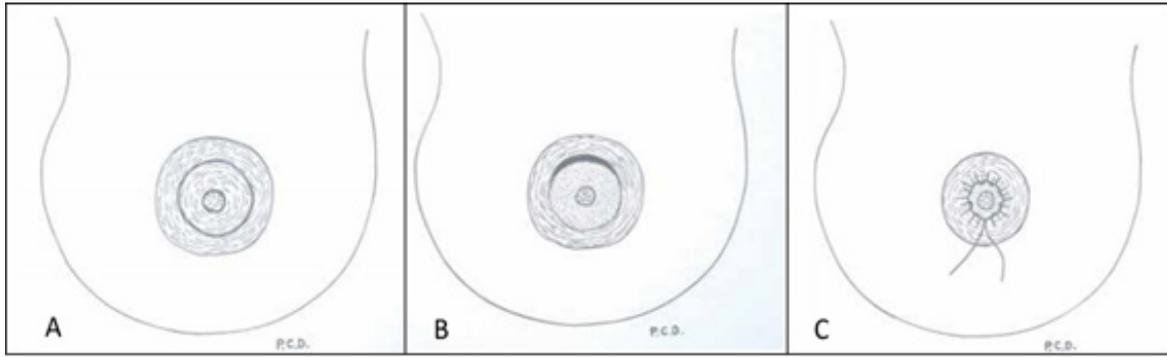
### Metodología

La metodología de la investigación, es una revisión bibliográfica, que se amparó en recursos electrónicos, disponibles en el internet. Artículos científicos, páginas web, entre otros recursos, aportaron una gran variedad de datos y análisis sobre la temática de estudio, lo que llevo a realizar esta investigación, como un aporte más a toda la bibliografía disponible en la web, para el uso futuro de otros investigadores.

### Resultados

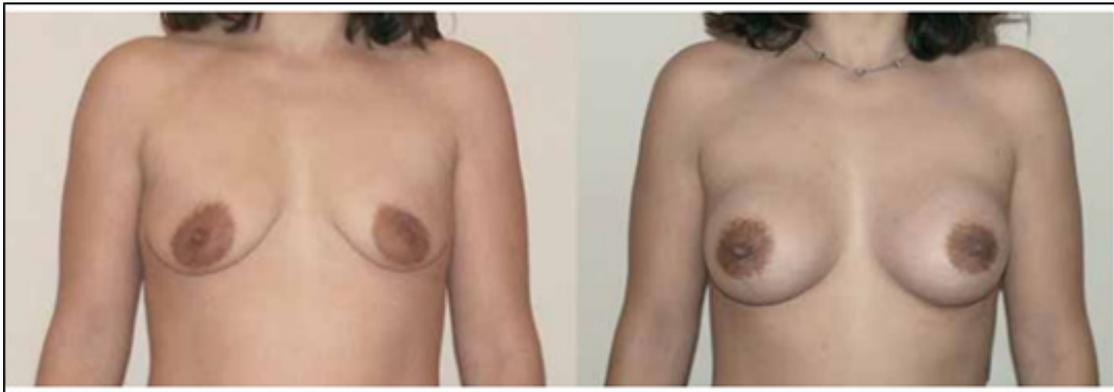
#### 1. Abordaje areolar

La marcación específica de la técnica, se realiza con la paciente en decúbito dorsal e incluye el dibujo de 2 círculos concéntricos al pezón. La marca interna se encuentra rodeando la base del pezón y la marca externa se localiza entre 1.5 a 2 cm del borde externo de la areola. Desepidermizamos la areola entre las dos marcas y a continuación, se realiza una incisión en el tercio superior del área desepidermizada (entre las 10 y 14 horas del reloj), que incide perpendicularmente la glándula accediendo al plano subfascial. Mediante un separador con luz se disecciona el bolsillo, de acuerdo a las necesidades de cada paciente y se implanta la prótesis. Se cierra el parénquima con Poliglecaprone 3-0. Se realizó una sutura tipo "round block", con nylon 4-0 incoloro, aproximando el borde areolar desepidermizado, al pezón. Se finalizó con puntos separados de nylon 6-0, que son retirados a la semana. No se realizó ningún manejo especial de la cicatriz y las pacientes fueron citadas regularmente a control.



**Figura 1.** Método Areolar. A. Diseño cutáneo con dos círculos concéntricos al pezón. El interno en la base del pezón y el externo a 1,5 –2 cm. Del borde areolar. B. Desepidermización del área marcada entre los dos círculos (en puntos). Acceso transglandular superior (en negro). C. Sutura en “round block” del borde areolar externo aproximándolo a la base del pezón

**Fuente:** (Castillo Delgado, Prado Scott, Troncoso Rigotti, Villamán González, & Fuentes Freire, 2007).



**Figura 2.** Resultado de mamoplastiade aumento con abordaje areolar, con prótesis redondas de perfil muy alto

**Fuente:** (Castillo Delgado, Prado Scott, Troncoso Rigotti, Villamán González, & Fuentes Freire, 2007)

Para la determinación del resultado exitoso de la técnica areolar, se utilizan tanto las escalas de Strasser y de Beausang. La primera mide elementos como malposición, distorsión, asimetría, contorno y cicatriz. La puntuación se mide de la siguiente manera: Buena (escala 1 al 4), Mediocre (escala 5 al 14), Pobre (más de 15) y excelente (0). La escala de Bausang toma elementos como color, mate, contorno, distorsión, textura y escala visual, las puntuaciones son las mismas que la escala anterior.

## 2. Abordaje submamario

Se inicia con la marcación de un bolsillo bien amplio, con base en el surco submamario, borde interno a 1 cm de la línea media, límite externo a nivel de la línea axilar anterior y superiormente a nivel del segundo espacio intercostal. Se realiza seguidamente la infiltración anestésica local con una solución elaborada con 300 cc de solución fisiológica y 40 ml de lidocaína al 2% con epinefrina (Lo Brutto & Alvarez, 2011).

La incisión submamaria de 3 a 4 cm de extensión, se realiza a nivel del futuro surco submamario (6 a 7 cm por debajo del borde inferior de la areola de acuerdo al tamaño de la prótesis a utilizar en cada caso) y desde una línea tangencial al borde interno de la areola hacia afuera. En casos seleccionados, en los que fue necesario reducir el diámetro de la areola o por solicitud específica de la paciente, se realiza acceso periareolar inferior. A continuación se disecciona un bolsillo subglandular hasta el nivel del borde inferior del complejo areolapezón. Este bolsillo

inicial facilitará una caída más natural del implante (Lo Brutto & Alvarez, 2011).

En todos los casos se dejan drenajes tubulares bilaterales durante 48-72 horas y las pacientes permanecen con sujetador elástico durante una semana. Se emplea antibioticoterapia hasta la remoción de los drenajes. Los puntos de sutura se retiran a los 7 días y se continúa con masajes externos durante 6 semanas (Lo Brutto & Alvarez, 2011).



**Figura 3.** Pre y post operatorio (6 meses) de mamoplastia de aumento primaria. Prótesis redondas, lisas, perfil moderado plus de 300 cc

**Fuente:** (Lo Brutto & Alvarez, 2011)

En los casos donde es utilizada esta técnica, las pacientes experimentan una rápida recuperación, no encontrándose rippling, desplazamiento lateral de los implantes, deformidad en doble burbuja o deformidades asociadas a la contractura muscular. La caída estética de la mama, es muy natural. La tasa global de complicaciones es de un 4,5% aproximadamente. La complicación

más frecuente suelen ser hematomas que se pueden resolver medicamente, y otros pueden ser drenados con cánula.

### Conclusión

La mamoplastia de aumento se puede realizar generalmente en casos donde hay una enfermedad o deformación existente en la

paciente. En otros casos es una operación estética, que se realiza para el aumento de los senos.

Hay diferentes técnicas quirúrgicas que se pueden emplear para lograr el objetivo, sin embargo en este caso se evalúa el abordaje areolar y el submamario. El primero tiene la ventaja que deja una cicatriz que se oculta en la unión de la areola con el pezón. Sin embargo no todas las mujeres pueden utilizar esta técnica, ya que requiere tener un diámetro areolar mayor a 4,5 cm, aparte de ello el paciente no debe presentar o ser muy mínima ptosis mamaria. Por esta técnica se pueden hacer implantes en cualquiera de los planos: subglandular, subfascial o submuscular.

En el caso de la técnica submamaria, permite obtener buenos resultados en cuanto a la cobertura del implante, además de generar una caída anatómica natural de la mama. Es un procedimiento seguro, con tasas bajas de complicaciones, mínimas tasas de reoperaciones y altas tasas de satisfacción de las pacientes. Es una de las técnicas más recomendadas para mamoplastias de aumentos primarias, tratamiento de la contractura capsular y de mamas tuberosas.

Establecer cual técnica es mejor, es difícil de responder, ya que va a depender de la

anatomía de la mujer. Las complicaciones en procedimientos quirúrgicos siempre son una preocupación, claro está que la realización exitosa de cualquiera de las dos técnicas reduce la posibilidad de complicaciones, es por ello que el cirujano que las ejecute debe ser un profesional altamente capacitado y experimentado.

## Bibliografía

- Calderón, J. M., & Carriquiry, C. (2016). Actualidad en mamoplastía de aumento. *Horizonte Médico (Lima)*, 16(2), 54-62.
- Castillo Delgado, P., Prado Scott, A., Troncoso Rigo-tti, A., Villamán González, J., & Fuentes Freire, P. (2007). Abordaje areolar en mamoplastía de aumento. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 33(2), 091-096.
- Eulufi, A. (2017). Mamoplastía de aumento: ¿en qué estamos hoy? *Contacto Científico*, 7(4).
- Lo Brutto, C. D., & Alvarez, F. (2011). Mamoplastia en plano dual ¿ Es la técnica de elección? *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 37(2), 123-130.
- Menéndez-Graño, F., & Fernández, C. (2013). Mamoplastia de aumento primaria. Sistemática de tratamiento. *European Aesthetic Plastic Surgery Journal*, 3(2), 124.
- Ventura, O. D., Rosati, R., Marino, H., & Marcello, G. (2008). Mamoplastia de aumento en doble plano: una alternativa subfascial en la optimización de las indicaciones. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 34(4), 249-257.

## CITAR ESTE ARTICULO:

Mantuano Reina, Y. M., Gaibor Tapia, A. L., Vélez Bravo, M. D., & Orozco Freire, I. C. (2021). Abordaje areolar vs submamario en la mamoplastia de aumento. *RECIMUNDO*, 5(1), 184-190. [https://doi.org/10.26820/recimundo/5.\(1\).enero.2021.184-190](https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(1).enero.2021.184-190)

