

# "S" itálica para ganancia de piel en cirugía de reducción mamaria con cierre en "J"

## Italic "S" for skin gain in breast reduction surgery with "J" closure

Dr. Juan Ramón Ramírez Martínez<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0002-9436-5865>), Dra. Leticia Pérez Domínguez<sup>2</sup> (<https://orcid.org/0000-0003-3553-0178>), Dr. Carlos Miguel Cobo Ricardo<sup>3</sup> (<https://orcid.org/0009-0009-4336-0720>), Dra. Lartiza Ramírez Romero<sup>3</sup> (<https://orcid.org/0009-0008-8328-1237>)

### RESUMEN

La hipertrofia mamaria o macromastia es un desarrollo excesivo y desproporcionado del tejido mamario y en ocasiones puede ser discapacitante. Las exigencias y expectativas respecto al tratamiento quirúrgico de la mama cobra cada vez más importancia para la mujer. Se presenta un caso con el objetivo de mostrar el cierre en "J", en una técnica de bipedículo, y el marcaje de "S" itálica para ganancia de piel; se evidencia un resultado satisfactorio, por lo que se llega a la conclusión que no existe un gold standard para el tratamiento quirúrgico y se logra reducir cicatriz con cierre en "J" con la "S" itálica para disminuir la redundancia de piel.

**Palabras clave:** hipertrofia mamaria, cicatriz corta, reducción mamaria.

### ABSTRACT

Breast hypertrophy or macromastia is an excessive and disproportionate development of breast tissue and can sometimes be disabling. The demands and expectations regarding surgical treatment of the breast are becoming increasingly important for women. A case is presented with the objective of showing the "J" closure, in a bipedicle technique, and the italic S marking for skin gain; A satisfactory result is evident, so the conclusion is reached that there is no "gold standard" for surgical treatment and scar reduction is achieved with "J" closure with the Italian "S" to reduce skin redundancy.

**Key words:** breast hypertrophy, Short Scar, reduction mammoplasty.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(3):98-102. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202503/0098-0102](https://doi.org/10.32825/RACP/202503/0098-0102)

## INTRODUCCIÓN

Las mamas han tenido un papel muy importante en la imagen femenina<sup>1</sup>, representan una parte muy importante del cuerpo de la mujer. Siempre han sido consideradas como una zona impregnada de sensualidad y están asociadas a la belleza femenina<sup>2</sup>.

La hipertrofia mamaria, un trastorno de volumen, y la ptosis mamaria, un trastorno de posición, son alteraciones mamarias distintas, donde la hipertrofia siempre se acompaña de algún grado de ptosis; sin embargo, no ocurre lo mismo en el sentido contrario. La hipertrofia mamaria o macromastia es un desarrollo excesivo y desproporcionado de tejido mamario y en ocasiones puede ser discapacitante<sup>3,4</sup>.

Las exigencias y expectativas respecto al tratamiento quirúrgico de las mamas cobran cada vez más im-

portancia para la mujer, y debe ser el cirujano el encargado de responder a dichas demandas. La forma, volumen y simetría de las mamas tienen gran influencia en el bienestar físico, psicológico y social de la mujer<sup>5</sup>.

Uno de los procedimientos más comunes realizados por el cirujano plástico es la mamoplastia de reducción. Es uno de los campos más difíciles de la cirugía estética, debido a los muchos procedimientos quirúrgicos y las diferentes pautas que definen la mama estéticamente perfecta. Hay muchos abordajes quirúrgicos para reducción mamaria, con diferentes patrones de reducción de piel y del parénquima, así como del soporte dérmico del complejo areola pezón<sup>6</sup>.

Esta variedad de técnicas para el tratamiento quirúrgico de la hipertrofia mamaria ha permitido explorar los campos de reducción de cicatrices y nos ha permitido realizar técnicas en L y J.

Con esta presentación de caso, tenemos como objetivo mostrar la validez de la S itálica para ganancia de piel y lograr una mejor coaptación de los bordes de la herida en la cirugía de reducción mamaria con técnica de bipedículo horizontal y cierre en J.

## MATERIAL Y MÉTODO

En el tratamiento quirúrgico de la hipertrofia mamaria se presenta una gran variedad de técnicas basadas en el pedículo y la cicatriz resultante. Lo relevante de este caso es la realización de una de esas técnicas descrita (pedículo superointerno), realizando el cierre en

1. Especialista de segundo grado en Cirugía Plástica y Caumatología. Master en Urgencias Médicas. Profesor auxiliar Universidad de Ciencias Médicas Holguín. Hospital General Universitario "Vladimir Ilich Lenin", Holguín, Cuba.
2. Especialista primer Grado de Cirugía Plástica y Caumatología. Profesor Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. Hospital General Universitario "Vladimir Ilich Lenin", Holguín, Cuba.
3. Residente de Cirugía Plástica y Caumatología. Hospital General Universitario "Vladimir Ilich Lenin", Holguín, Cuba.

✉ Correspondencia: Dr. Juan Ramón Ramírez Martínez. [ramirez.martinezdr@gmail.com](mailto:ramirez.martinezdr@gmail.com)

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 09/05/2025 | Aceptado: 04/06/2025

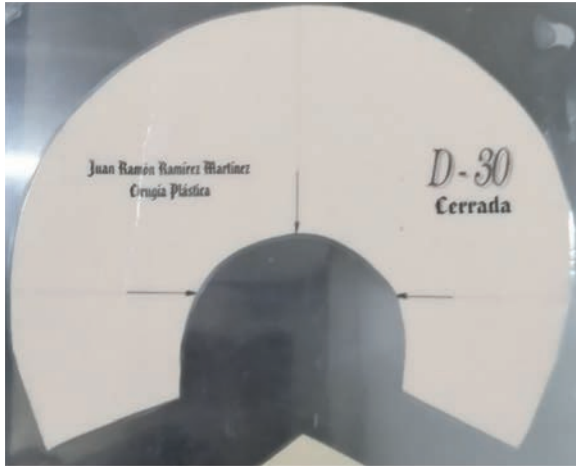


Figura 1. Patrón de Wise. Figura 1. Patrón de Wise.

jota y la S Itálica para ganancia de piel en la rama lateral, con marcaje siguiendo el patrón de Wise.

Se presenta caso clínico de femenino de 32 años, con antecedentes de salud y paridad satisfecha (2 partos), que ha tenido seguimiento en consulta de cirugía plástica por presentar aumento de volumen de las mamas, lo cual le ocasiona molestias estéticas y de relación con su pareja, en ocasiones dolor de espalda. Se realizan exámenes complementarios preoperatorios, incluyendo ultrasonido de ambas mamas, para descartar cualquier patología mamaria. Antecedentes personales: no refiere antecedentes clínicos o quirúrgicos.

Antecedentes familiares: madre y hermana con enfermedad fibroquística de la mama.

Hallazgos clínicos en la exploración física: paciente normolínea con índice de masa corporal (IMC) de 26, no muestra alteraciones en el examen físico por aparatos y sistemas. Mamas: aumentadas de volumen, con agrandamiento del complejo areola pezón (CAP), no cambios visibles a nivel de piel, a la palpación no secreción por el pezón, no galactorrea, no tumor, no dolor, no otras alteraciones.

Regiones axilares: no evidencian la presencia de adenopatías palpables.

Exámenes preoperatorios:

- Hematocrito: 0.40 g/l.
- Leucograma:  $5 \times 10^9$  l/l.
- Eritrosedimentación 6 mmol/l
- Grupo y factor: A positivo
- Serología: no reactiva
- Ultrasonido diagnóstico: tejido mamario mixto a predominio glandular, mama derecha no lesiones nodulares o quísticas, mama izquierda no lesiones nodulares o quísticas, no adenopatías axilares. BI-RAS I

## CIRUGÍA

### A. Marcaje preoperatorio

1. Línea media: paciente sentada, en posición recta y brazo a ambos lados del tronco, se localizan punto medio de horquilla esternal y se traza línea hasta el ombligo.

2. Línea mamaria (medioclavicular): se localiza punto medio entre horquilla esternal y articulación acromion clavicular para establecer la línea medioclavicular o línea mamaria, pasando por el pezón, hasta pasar el surco submamario.
3. Ubicación del CAP: se localiza proyección anterior del pezón, sobre el cono mamario en línea medioclavicular, se evalúa distancia desde la horquilla esternal y este punto (distancia de 23 cm), se deja a una distancia de 19 cm por tamaño del tórax de la paciente y coincidente con la unión del tercio superior del brazo con los tercios inferiores; y se traza línea horizontal para utilizar el patrón de Wise (Figura 1). En el marcaje al polo superior se lo denomina punto A, continuando con los puntos B - B' y C - C'.
4. La unión de las líneas B - B' y C - C', determinan la vertical según patrón de Wise. A partir del punto C se marca un semicírculo que pasa a 2 cm por encima del surco submamario y se extiende hasta la Línea axilar anterior (Figura 2.1).
5. Desde el punto C' de la línea B' - C' (rama vertical lateral) se marca una S itálica que llega hasta la unión del semicírculo paralelo al surco submamario ya marcada y la línea axilar anterior (Figura 2.2).
6. Terminada estas mediciones y marcas se procede a elegir la ubicación del colgajo para la neomama, en este caso utilizamos una técnica de colgajo bipedículo horizontal.
7. Se delimita CAP con diámetro de 4 cm.
8. Llegado a este punto se repite procedimiento en mama contralateral.

### B. Procedimiento quirúrgico

1. Paciente decúbito supino y anestesia general orotraqueal, previa asepsia y antisepsia del área quirúrgica se colocan paños de campo. Se realizan incisiones con bisturí siguiendo líneas pre marcadas; con la mama bien fijada por su base por el primer ayudante se realiza incisión periareolar superficial.
2. Se procede a la desepitelización del área delimitada como colgajo (bipedículo horizontal) o neomama. Se reseca cono de tejido en el polo superior previamente marcado con base en piel y vértice en profundidad. Hemostasia cuidadosa.
3. Se delimita este colgajo en su totalidad con mucho cuidado para no dañar sus pedículos vasculares en la base, aunque se libera parcialmente en la aponeurosis muscular esto permite drenaje desde el polo superior y mejor avance del mismo al momento del cierre. Hemostasia cuidadosa.
4. Resecamos resto de tejido en el polo inferior de la mama. Hemostasia cuidadosa.
5. Se revisa nuevamente la hemostasis, se deja drenaje aspirativo. Se procede al cierre. Elevamos

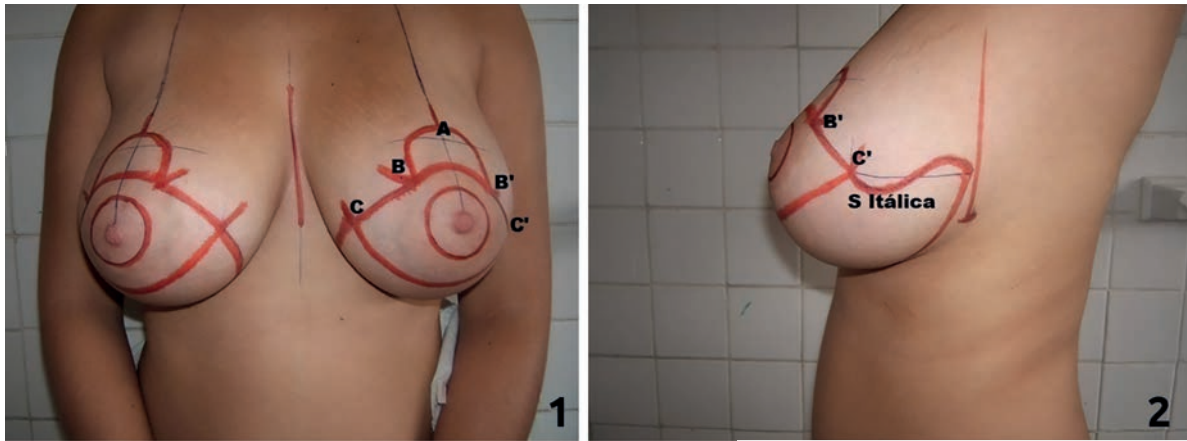


Figura 2. Marcaje preoperatorio (1 Frontal y 2 Lateral).

colgajo mamario hasta el punto A y se fija. Se unen los puntos B con B' cerrando el círculo del CAP.

6. Se procede a unir el punto C' con un punto localizado a 1 o 2 cm del punto C para conformar la vertical, dependiendo del volumen resecado y a 9 cm de la línea media esternal.
7. Cierre por planos con suturas absorbibles 2-0 y sutura subcuticular o intradérmica para el cierre de piel con 3-0, se termina operación (**Figura 3**).
8. La marcación de S itálica nos permite lograr una simetría entre la incisión del surco submamario y la incisión lateral de la mama, para lograr un mejor cierre sin tensión y sin redundancia de piel en el surco submamario.
9. Vendaje de las mamas.

## RESULTADOS

Se deja ingresada 24 horas y se retiran drenajes, previo al alta. Evoluciona satisfactoriamente; se controla al cuarto día mostrando al examen buena coaptación de bordes, continua con evolución satisfactoria (Figura 4 y 5).

## DISCUSIÓN

Las técnicas convencionales para corregir la hipertrofia y la ptosis mamaria dan como resultado, en la mayoría de los casos, una cicatriz bastante extensa en el surco submamario. Para tratar de disminuir estas cicatrices se desarrollaron otras técnicas como las de cicatriz en J, cicatriz submamaria corta, cicatriz vertical, o periareolar. Sin embargo, en hipertrofias marcadas muchas veces no se logra obtener los resultados deseados, mientras que el uso de solo un pedículo inferior produce en el tiempo una deficiencia en el relleno del polo superior de la mama<sup>3</sup>.

Desde 1930 se han desarrollado varias técnicas para la reducción mamaria, donde destacan el pedículo inferior, el pedículo superomedial, el pedículo superior, el periareolar central y el injerto libre de pezón<sup>7</sup>.



Figura 3. Posoperatorio inmediato.

La cicatriz debe ser objeto de una elección basada en las indicaciones y motivo de información de la paciente, con una explicación muy precisa de su posición y tamaño, así como de sus posibles evoluciones, fisiológicas o patológicas.

La corrección quirúrgica de la hipertrofia mamaria requiere del cirujano conocimientos de anatomía, fisiología y patología de la glándula mamaria, como también una familiaridad con las diversas técnicas, además de una comprensión de los factores psicológicos inherentes a esta condición. Una técnica para reducción mamaria debe tener la preocupación de mantener la fisiología glandular, garantizar una buena forma y minimizar la extensión de las cicatrices<sup>9</sup>.

Uno de los objetivos principales de cualquier procedimiento estético es restaurar las estructuras envejecidas para que tengan una apariencia rejuvenecida y juvenil; en el caso de la mama debemos tener en cuenta además el mantener sus unidades estéticas en su posición anatómica ideal<sup>10</sup>.

Existen múltiples técnicas de reducción mamaria que buscan, junto con reducir el tamaño, lograr mamas con buena forma, simétricas, estables en el tiempo, con poca ptosis, cicatrices finas y mínimas complicaciones<sup>11</sup>.

Las cicatrices «en ancla» consisten en una cicatriz horizontal larga, de la longitud del surco inframamario. Presenta el inconveniente de acercarse a la línea media,

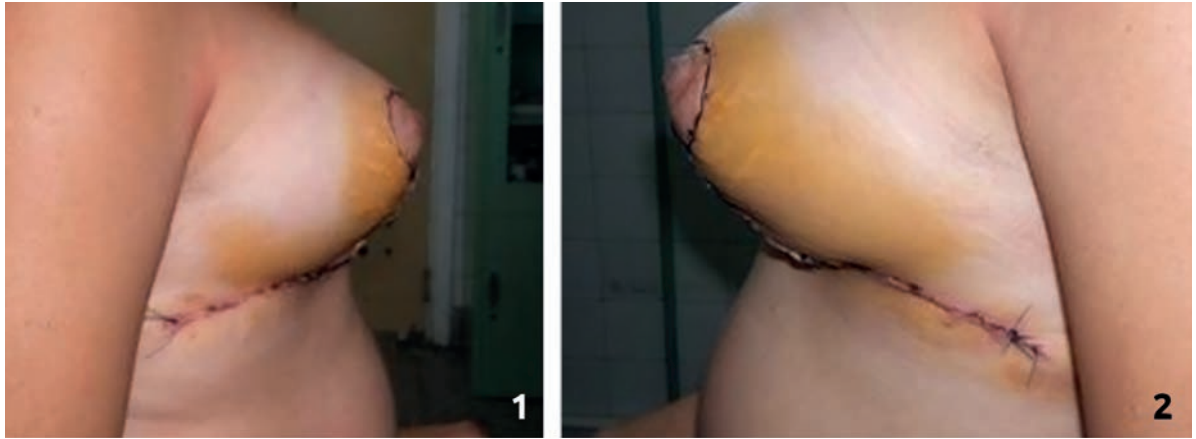


Figura 4. Posoperatorio al cuarto de día de evolución. (1 Vista lateral derecha, 2 vista lateral izquierda).



Figura 5. Posoperatorio 27 días.

con riesgo de evolución hipertrófica. La supresión radical de la parte interna de la horizontal motiva las técnicas con cicatrices en L o en J. La rama externa y la parte vertical absorben las diferencias de longitud de los dos bordes. En estos casos, el problema es absorber el excedente cutáneo intentando eliminar el tejido adiposo subcutáneo y retrayendo los planos liberados<sup>8</sup>.

Las técnicas de mamoplastia reductiva en las que se emplea el patrón de Wise son muy utilizadas, dando lugar a una cicatriz en T invertida<sup>12</sup>, una cicatriz bastante extensa en el surco<sup>3</sup>. La literatura disponible

contiene más de 100 publicaciones que describen varias técnicas diferentes para la mamoplastia de reducción<sup>13</sup>. Ninguna técnica es superior, la técnica ideal sigue siendo controversial<sup>(6)</sup>.

El pedículo está compuesto por tejido glandular o tejido glandular y dermis desepitelizada. Se considera que la dermis contribuye a la circulación venosa en lugar de la circulación arterial.

Se describen muchas técnicas y modificaciones de reducción mamaria, incluido el pezón libre, el patrón de Wise, el bipedículo, el pedículo inferior, el pedículo vertical, el pedículo medial, el pedículo superomedial y el pedículo superior, y pedículo septal<sup>14</sup>.

## CONCLUSIONES

Se han descrito y estudiado diferentes técnicas de marcaje preoperatorio y, para el tratamiento quirúrgico de la hipertrofia mamaria, ninguna constituye el *gold standard* en cirugía mamaria. Somos del criterio, al igual que otros autores, que no existe una técnica única y en nuestro caso consideramos que el cierre en J, con S itálica constituye una herramienta para disminuir la redundancia de piel en técnicas de cicatrices cortas y puede diseñarse para varios tipos de pedículos.

## BIBLIOGRAFIA

1. Mamani Choque E, Luzardo Iglesia B, Nájara Pérez JC, Medina Granda J. Efectividad de las técnicas Strombeck clásico y modificado como procedimientos quirúrgicos en pacientes con hipertrofia mamaria. En: Centro Virtual de Convenciones de salud. Primera Jornada Virtual de CirPlast Sancti Spiritus 2020. Sancti Spiritus: Yurísel Tomás Solenzal Álvarez;2020.p.1-11 <http://www.cirplasantisspiritus2020.sld.cu/index.php/crplass/jvccss2020/paper/view/108>
2. Moya Rosa EJ, Cáceres Maceo C, ríos Chacón B. Comportamiento ptosis mamaria, versatilidad en su tratamiento. Arch méd Camagüey [Internet]. 2024 [Citado 2 de septiembre 2024];28:e9870. Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/9870/4853>
3. Ríos Hidalgo E, Flores Miñano MA, Cruz del Castillo R, Carranza Torres Y. Mamoplastia a pedículo súper-medial, nuestra experiencia y revisión de la literatura. Cir Plást Iberolatinoam [Internet]. 2022 [citado 2 de septiembre 2024];48(2):121-132. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v48n2/0376-7892-cpil-48-02-0123.pdf>
4. Pérez Panzano E, Güemes Sánchez A, Sousa Domínguez R, Artigas Urgel L, Gascón Catalán A. Experiencias antes y después de la mamoplastia de reducción en pacientes con macromastia. Revista de Senología y Patología Mamaria [Internet]. 2023 [Citado 2 de septiembre 2024];36:e100545. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0214158223000774>

6. Expósito Jalturin A, Escobar Vega H, Tamayo Carbón AM, Paredes Javier WN, Cuastumal Figueroa DK. Tratamiento de la ptosis mamaria con mastopexia periareolar más endoprótesis. *Acta Médica [Internet]*. 2022 [Citado 2 de septiembre 2024];23(3):e330. Disponible en: <http://www.revactamedica.sld.cu/index.php/act/article/view/330>
7. Alsanabani JA, algaradi GA. Superior Pedicle Reduction Mamoplasty: A Safe and Reliable Technique in Breast Hypertrophy. *Egypt, J Plast Reconstr Surg Internet*. 2020 [Citado 2 de septiembre 2024];44(3):445-451. Disponible en: [https://ejprs.journals.ekb.eg/article\\_122301\\_08f37cff7134264b0ba6460dcc77e10e.pdf](https://ejprs.journals.ekb.eg/article_122301_08f37cff7134264b0ba6460dcc77e10e.pdf)
8. Escobar Jaramillo R, Merelo Arias CA. Breast Reduction with Total Superior Pedicle. *Plast Reconstr Surg Glob Open [Internet]*. 2023 [Citado 2 de septiembre 2024];11:e4735. Disponible en: [https://journals.lww.com/prsgo/fulltext/2023/01000/breast\\_reduction\\_with\\_total\\_superior\\_pedicle.30.aspx](https://journals.lww.com/prsgo/fulltext/2023/01000/breast_reduction_with_total_superior_pedicle.30.aspx)
9. Bellini Ditta L. Ptosis mamaria y su resolución quirúrgica. *Revista Argentina de Cirugía Plástica [Internet]*. 2018 [Citado 20 may 2024];24(2):95-104. Disponible en: [https://www.academia.edu/download/58051981/Revista\\_Argentina\\_de\\_Cirurgia\\_Plastica\\_ABR-JUN\\_2018.pdf#page=53](https://www.academia.edu/download/58051981/Revista_Argentina_de_Cirurgia_Plastica_ABR-JUN_2018.pdf#page=53)
10. Pitanguy I, Radwanski HN. En: Santa Cruz G, compilador. *Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética*. 4ta ed. Venezuela: Amolca; 2016. p. 1857-1867.
11. de Rungs Brown D, Zamora Madrazo A, González Guevara M, Manzo Hernández M, Alegre Tamez E. Comparación a largo plazo de resultados en mastopexia con patrón de cicatriz en T invertida o periareolar. *Casística personal. Cir plást iberolatinoam [Internet]*. 2022 [Citado 2 de septiembre 2024];48(1):9-16. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0376-78922022000100009&script=sci\\_arttext](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0376-78922022000100009&script=sci_arttext)
12. Rudolph Geisse A. Mamoplastia de reducción con pedículo central y malla de dermis. *Cir plást iberolatinoam [Internet]*. 2021 [Citado 2 de septiembre 2024];47(1):35-48. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0376-78922021000100006&script=sci\\_arttext](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0376-78922021000100006&script=sci_arttext)
13. Escudero Nafs FJ, Nieto Ramos H, Masot León B. Mamoplastia de reducción sin cicatriz vertical. *Cir Plast [Internet]*. 2023 [Citado 20 may 2024];33(4):161-67. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=113882>
14. Lutfi D, Turkof E. B-Te chnique with dermis suspension: A new approach toward reduction mammoplasty combining short-scar with durability of results. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery [Internet]*. 2020 [Citado 2 de septiembre 2024];000:1-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1748681519305558>
15. Selamioğlu E, Agdoğan Ö. Mammoplasty Using Modified Superomedial Pedicle Technique in Severely Macromastia and Ptotic Breast. *Te Breast Journal [Internet]*. 2024 [Citado 2 de septiembre 2024];1-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10883735/>

#### ACLARACIÓN: CONTRIBUCIÓN DE LA AUTORÍA:

Conceptualización: Juan Ramón Ramírez Martínez y Leticia Pérez Domínguez.

Curación de datos: Juan Ramón Ramírez Martínez.

Análisis formal: Juan Ramón Ramírez Martínez, Leticia Pérez Domínguez y Carlos Miguel Cobo Ricardo.

Adquisición de fondos: No.

Investigación: Juan Ramón Ramírez Martínez, Leticia Pérez Domínguez y Carlos Miguel Cobo Ricardo.

Metodología: Juan Ramón Ramírez Martínez y Leticia Pérez Domínguez.

Administración del proyecto: Juan Ramón Ramírez Martínez y Lartiza Ramírez Romero.

Recursos: Leticia Pérez Domínguez, Carlos Miguel Cobo Ricardo y Lartiza Ramírez Romero.

Software: Carlos Miguel Cobo Ricardo y Lartiza Ramírez Romero.

Supervisión: Juan Ramón Ramírez Martínez.

Validación: Juan Ramón Ramírez Martínez, Leticia Pérez Domínguez, Carlos Miguel Cobo Ricardo y Lartiza Ramírez Romero.

Visualización: Juan Ramón Ramírez Martínez, Leticia Pérez Domínguez, Carlos Miguel Cobo Ricardo y Lartiza Ramírez Romero.

Redacción – borrador original: Juan Ramón Ramírez Martínez y Lartiza Ramírez Romero

Redacción – revisión y edición: Juan Ramón Ramírez Martínez.