



V-013 - ABORDAJE QUIRÚRGICO EN PACIENTES EN PROCESO DE REAFIRMACIÓN DE GÉNERO, MASCULINIZACIÓN DEL TORSO MEDIANTE MASTECTOMÍA CON PEDÍCULO INFERIOR

Gil Alfosea, Claudia; Adriancen Vargas, Marcos; Buch Villa, Elvira; Muñoz Sornosa, Ernesto; Sánchez Lara, Jose Saul; López Flor, Vicente

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Resumen

Introducción: La mastectomía con pedículo inferior es una técnica recomendada para pacientes con mamas de tamaño medio/grande. Permite mantener la vascularización y sensibilidad del complejo areola-pezón (CAP). La planificación de la intervención depende de las características anatómicas de las mamas, fundamentales para elegir la técnica quirúrgica más adecuada. Siendo imprescindible entender las diferencias morfológicas entre tórax masculino y femenino.

Caso clínico: Se presenta un varón de 25 años, con mamas de tamaño medio y pseudoptósicas, en quien se indica una mastectomía con pedículo inferior. Previamente a comenzar la cirugía, las líneas de referencia que deben marcarse con el paciente de pie son: línea media esternal, surcos submamarios, línea lateral a 2 cm de la línea esternal y las líneas de división en tres tercios de la mama. Con el paciente en decúbito supino se delimita el área de resección, una elipse horizontal sobre el tejido mamario, cuyo tamaño dependerá del volumen mamario y la laxitud cutánea. Se da nueva forma y tamaño al CAP, de aproximadamente 1,5 por 2 cm de diámetro y forma más elíptica. Finalmente se realiza el diseño del pedículo inferior, delimitando un pedículo dermograso de 4-6 cm de base vertical, con altura suficiente para preservar la irrigación. La cirugía inicia como una mastectomía normal, se marcan incisiones cutáneas. Se realiza una incisión más superficial del nuevo CAP y del pedículo, el cual se desepiteliza sin desvitalizarlo. Se continúa realizando la mastectomía, completándola de craneal a caudal, siempre respetando el pedículo. Se secciona el borde inferior a ambos laterales del pedículo, pero nunca su borde inferior central. Seguidamente conformaremos nuestro pedículo, a través del cual se irrigará el CAP, principalmente por ramas perforantes intercostales. Con el pedículo finalizado, se marca la parte superior con un punto de seda. Se coloca drenaje aspirativo tipo Redón y, en nuestro caso, Arista. Posteriormente se aproxima la piel, primero con puntos de aproximación y finalmente una sutura intradérmica con sutura barbada, preferiblemente de tres o cuatro ceros. El siguiente paso es seleccionar la posición del nuevo pezón, que en varones se encuentra más lateralizado, generalmente entre 20 y 22 cm desde escotadura esternal y a 5-6 cm lateral a la línea media, alineado con el borde inferior del pectoral mayor. Tras seleccionar la nueva posición, se marca con rotulador y se inicia la incisión. Es preciso retirar piel y abrir tejido celular subcutáneo, permitiendo llegar al CAP con su pedículo dermograso intacto. El pezón se sutura a la piel, inicialmente con cuatro puntos cardinales, seguido de puntos de aproximación y finalmente una sutura continua intradérmica de cuatro ceros. Finalizada la cirugía,

vendamos el torso del paciente.

Discusión: Esta técnica ofrece ventajas frente a otras, preserva parcialmente la sensibilidad del CAP y permite un reposicionamiento anatómico natural, al modificar el tamaño y la forma del CAP, siendo útil en ptosis moderada. Ofrece, además, un buen campo de visión. Sin embargo, es una técnica más compleja, con mayor tiempo operatorio, genera cicatrices amplias y puede dejar volumen o proyección residual si la resección no es adecuada.