

## **Società Italiana Di Chirurgia Plastica Ricostruttiva Ed Estetica**

45. Congresso- Perugia 12 - 17 ottobre 1996

**MASTOPESSI: UN APPROCCIO ECLETTICO CERCANDO UNA BUONA FORMA LIMITANDO LE CICATRICI**

Autores: GRAZIOSI, A C. ; COLABIANCHI, V

---

### **INTRODUZIONE**

Una forma mammaria attraente con limitati esiti cicatriziali rappresenta il risultato ideale degli interventi di natura estetica effettuati sulla mammella.

La riduzione della cicatrice inframammaria ,l'eliminazione della porzione mediale della stessa, (mastoplastica in L), tecni.che miranti a risparmiare la cicatrice orizzontale nonchè le metodiche periareolari , testimoniano un sempre vivo interesse da parte dei chirurghi. a cercare una buona forma mammaria attraverso incisioni limitate.

Gli Autori descrivono,rimanendo all'interno dei principi classici della mastopessi,un approccio a pedunculo superiore senza disegno preliminare nel quale la forma mammaria finale è in relazione al giudizio soggettivo e al senso estetico dell' operatore.

In tale metodica la ghiandola é stata trattata separatamente dalla cute e l' asportazione finale della pelle ha avuto come risultato finale una cicatrice di lunghezza e forma variabile.

L'obiettivo del lavoro è trasmettere la nostra esperienza con un approccio eclettico senza disegno preliminare, cercando di raggiungere una buona forma riducendo per quanto possibile le cicatrici.

### **CASISTICA E METODI**

Sono state sottoposte ad intervento chirurgico 15 pazienti di età compresa tra i 34 e i 43 anni. Il massimo follow-up è stato di 24 mesi.

L'approccio chirurgico senza disegno previo, ha seguito il seguente schema:

- 1 ) incisione periareolare e verticale fino a 2 cm dal solco inframammario
- 2) preparazione di due lembi cutanei dal polo inferiore
- 3 ) scollamento della cute fino al solco mammario e dissezione sovrafasciale della ghiandola
- 4) incisione verticale del polo inferiore e creazione di due lembi ghiandolari
- 5) fissaggio del polo superiore alla fascia del muscolo grande pettorale in una posizione più elevata
- 6) fissaggio(se necessario) del polo laterale alla fascia del muscolo grande pettorale in una posizione più mediale
- 7) incrocio e sutura dei lembi ghiandolari precedentemente preparati riducendo la base e

aumentando la proiezione del cono mammario

8) completamento del modellamento sfruttando i lembi cutanei e compensando la cute verso l'apice della mammella

9) resezione del tessuto cutaneo in eccesso.

Tutti gli interventi sono stati eseguiti in anestesia generale con un periodo di ricovero di un giorno.

## **DISCUSSIONE**

Le operate sono state tutte giovani donne, portatrici di un grado di ptosi moderato.

La mancanza di un disegno preliminare ha reso la tattica versatile ed ha offerto al chirurgo la possibilità di modellare la mammella secondo il proprio senso estetico; ciò ha però in alcuni casi reso l'approccio laborioso per raggiungere una buona Simmetria.

L'incisione verticale praticata fino a 2cm dal solco mammario ha permesso di ottenere una cicatrice orizzontale più piccola, meglio nascosta e presumibilmente di migliore qualità .

Il fissaggio della ghiandola alla fascia del muscolo grande pettorale è stato eseguito per collocare la mammella in una posizione più alta , per aumentare la proiezione del polo superiore nonché per medializzare la mammella ( quando è stato necessario) rispetto alla parete toracica; tale manovra ha determinato un premodellamento ghiandolare.

L'incrocio dei lembi ghiandolari ottenuti con la divisione verticale del polo inferiore e la loro successiva sutura , riducendo la base ed aumentando la proiezione del cono mammario, ha permesso di ottenere un modellamento della mammella quasi definitivo.

Il successivo sfruttamento dei lembi cutanei ha permesso di completare il modellamento secondo la necessità del caso e il senso estetico del chirurgo. In tale manovra si è tenuto conto di risparmiare al massimo le cicatrici; la cute è stata compensata verso l'apice del cono mammario e la lesione cicatriziale residua è risultata verticale, in L o in T invertita in relazione al tessuto cutaneo resecato. In alcuni casi, in presenza di asimmetrie mammarie, le cicatrici di una stessa paziente sono risultate differenti per lunghezza, forma e posizione.

## **CONCLUSIONI**

La tattica ha dato risultati soddisfacenti.

La mancanza di un disegno preliminare ha reso l'approccio versatile permettendo di ottenere una forma mammaria attraente anche se in alcuni casi è stato difficile raggiungere una buona simmetria.

Nell'eseguire un intervento di mastopessi è bene cercare di ridurre il più possibile le cicatrici avendo però come obiettivo principale il raggiungimento di un profilo mammario attraente.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Andrews, J.M.; Aoky-Yshizuki; M.M. Martins ;, D.M.S.F.; Ramos, R.R. An approach to reduction mammoplasty Br. Plast. Surg. 28:166, 1975.
2. Benelli, L. Technique de plastic mammaire : le round block Rev. Franc. Chir. Esthet. 13:50, 1988.
3. Bustus, R. Periareolar mammoplasty with silicone supporting lamina Plast. Reconstr. Surg. 89:646, 1992.
4. Goes, J.C.S. Periareolar mammoplasty : double skin technique Rev. Bras. Chir. Plast. 4:55, 1989.
5. Lejour, M. Vertical mammoplasty and liposuction of the breast Plast. Reconstr. Surg. 94:100, 1994.
6. Lassus, C. A 30-year experience with vertical mammoplasty Plast. Reconstr. Surg. 97:373, 1995.
7. Marconi, F. The dermal purse-string suture : A new technique for a short inframammary scar in reduction mammoplasty and dermal mastopexy Ann. Plast. Surg. 22: 484, 1989.
8. Marconi, F. & Cavina, C. Reduction mammoplasty and correction of ptosis: a personal technique. Plast. Reconstr. Surg. 91: 1046, 1993.
9. March, C.D. & de Olarte, G. Reduction mamaplasty and correction of ptosis with a short inframammary scar. Plast. Reconstr. Surg. 69: 45, 1982.
10. Owsley, J.Q. & Brownstein, M.L.: Correction of the small ptotic breast with simultaneous augmentation and mastopexy. In Owsley, J.Q., Peterson, R.A :Symposium on Aesthetic Surgery of the Breast. St. Louis. CV Mosby 1978. p 103.
11. Peixoto, G. Reduction mammoplasty: a personal technique. Plast. Reconstr. Surg. 65: 217, 1980.

**Web textos e figuras: GUTO GOMEZ**