REDUCCIÓN DE PECHO (MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN)

Revisado médicamente por el **Dr. Alberto Sánchez García** (Col. 464624929). Su membresía en la SECPRE y su praxis profesional buscan cumplir las normativas médicas vigentes.

Aclaración legal: El presente PDF cumple una función puramente divulgativa. La idoneidad de un paciente para cualquier cirugía solo puede determinarse mediante una exploración médica directa en consulta.

1. Introducción y definición

El desarrollo excesivo del volumen mamario, denominado médicamente **hipertrofia mamaria** (o **gigantomastia** en sus grados más severos), trasciende con mucho el ámbito meramente estético. Las mujeres con un pecho desproporcionadamente grande y pesado sufren con frecuencia una sobrecarga biomecánica crónica sobre la columna vertebral y la cintura escapular. Esto se traduce en dolor cervical, dorsal y lumbar diario, marcas profundas o surcos en los hombros provocados por los tirantes del sujetador, irritaciones cutáneas e infecciones por hongos en el pliegue submamario (intertrigo), dificultad para encontrar ropa o practicar deporte y, en el caso de adolescentes y mujeres jóvenes, un impacto psicológico y postural notable.

La **mamoplastia de reducción** es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo disminuir el tamaño y el peso de las mamas mediante la extirpación del exceso de tejido glandular, grasa y piel, remodelando al mismo tiempo el cono mamario y reubicando el complejo areola-pezón en una posición más alta, juvenil y anatómica.

En la literatura médica de Cirugía Plástica, la reducción mamaria figura de forma constante como una de las intervenciones con mayor índice de satisfacción y mejora demostrada en la calidad de vida relacionada con la salud, al aliviar de forma inmediata la sintomatología física derivada del peso.

2. Fase Preoperatoria: Valoración, planificación y preparación

2.1. Evaluación clínica y diseño quirúrgico

En la consulta preoperatoria se evalúan la sintomatología física de la paciente, el grado de hipertrofia, la distancia desde la horquilla esternal hasta el pezón (que en condiciones normales se sitúa entre 19 y 21 cm, pero en hipertrofias severas puede superar los 30 o 35 cm), la calidad y elasticidad de la piel y la composición de la mama (predominio glandular denso frente a predominio graso).

Para que el complejo areola-pezón conserve su sensibilidad y su riego sanguíneo al ser desplazado hacia arriba, el cirujano diseña lo que se denomina un **pedículo vascular** (un puente

de tejido mamario propio que mantiene conectada la areola con sus arterias, venas y nervios mientras se extirpa el tejido sobrante alrededor). Según la anatomía de cada paciente, se emplean pedículos superomediales, superiores o inferiores.

En cuanto al diseño de las incisiones (y, por tanto, de las cicatrices resultantes), depende directamente de la cantidad de piel y volumen que sea necesario retirar:

- **Patrón en T invertida (o en ancla):** Es el más habitual en hipertrofias moderadas y severas. Consta de una cicatriz alrededor de la areola, una línea vertical desde la areola hasta el surco inferior y una línea horizontal que queda oculta en el propio pliegue submamario. Permite recoger grandes excesos de piel tanto en sentido horizontal como vertical.
- **Patrón vertical (cicatriz en piruleta):** Incluye únicamente la cicatriz alrededor de la areola y la línea vertical inferior, evitando la cicatriz horizontal del surco. Está indicado en reducciones moderadas con buena elasticidad cutánea.

2.2. Pruebas médicas y preparación

1. **Estudio preoperatorio completo:** Analítica sanguínea, pruebas de coagulación y electrocardiograma para la valoración por el servicio de Anestesiología.
2. **Estabilidad del peso y abandono del tabaco:**
    - Se aconseja que la paciente se encuentre en un peso estable antes de operarse. Grandes pérdidas de peso posteriores a la cirugía podrían hacer que el pecho pierda firmeza y vuelva a descender.
    - **El tabaco está estrictamente desaconsejado:** En la reducción de pecho, los tejidos y la areola se desplazan varios centímetros. La nicotina reduce drásticamente el flujo sanguíneo capilar, aumentando de forma significativa el riesgo de sufrimiento de la piel, retrasos en la cicatrización (dehiscencias en la unión de las cicatrices) y necrosis grasa. Debe suspenderse el consumo de tabaco al menos 4 semanas antes y 4 semanas después de la cirugía.

3. Fase Intraoperatoria: ¿Cómo se desarrolla la cirugía?

- **Anestesia:** Se realiza bajo **anestesia general** para garantizar el máximo confort de la paciente y un control hemodinámico preciso.
- **Duración:** Oscila habitualmente entre **2 y 3,5 horas**, dependiendo del volumen a resecar y de la complejidad de la remodelación.
- **Paso a paso quirúrgico:**
    1. Con la paciente despierta y de pie en la habitación o antequirófano, el cirujano realiza el marcaje preoperatorio sobre la piel, determinando la nueva altura del pezón y los patrones de resección.
    2. Una vez anestesiada la paciente, se procede a preservar el pedículo que nutre la areola (reduciendo también el diámetro de la areola si esta se había ensanchado por el peso).

3. Se extirpa el exceso de glándula, grasa y piel de los cuadrantes inferiores y laterales, pesando en quirófano los gramos exactos retirados de cada mama para asegurar la mayor simetría posible (especialmente cuando existían asimetrías previas).
4. Se arma el nuevo cono mamario mediante puntos internos de soporte que dan proyección al pecho y se cierra la piel por planos con suturas intradérmicas reabsorbibles.

- **Drenajes y hospitalización:** En reducciones moderadas con técnicas de hemostasia avanzada a menudo no se precisan drenajes; en gigantomastias o mamas muy vascularizadas pueden dejarse drenajes finos durante las primeras 24 horas por seguridad. Habitualmente requiere **una noche de ingreso hospitalario**, recibiendo el alta a la mañana siguiente.

4. Fase Postoperatoria y Cronograma de Recuperación

Uno de los aspectos que más sorprende a las pacientes tras una reducción de pecho es que **el postoperatorio es muy poco doloroso**. A diferencia del aumento mamario con prótesis submuscular, en la reducción de pecho **no se toca ni se levanta el músculo pectoral**. Por ello, no existe dolor muscular intenso; la paciente experimenta un alivio inmediato de la carga en el cuello y la espalda desde el primer día, refiriendo únicamente molestias leves en la zona de las suturas e inflamación local, perfectamente controlables con analgésicos convencionales (como paracetamol o antiinflamatorios pautados).

Cronograma orientativo de recuperación

Periodo	Evolución clínica y cuidados principales	Actividad permitida
Primeras 24–48 horas	Ingreso de 1 noche. Colocación de sujetador postoperatorio sin aros antes del alta. Alivio inmediato del dolor de espalda y hombros.	Caminar por la habitación desde las pocas horas de la intervención. Movilidad suave de brazos sin levantar peso ni realizar tirones bruscos.
Semana 1	Pecho inflamado y alto (por diseño quirúrgico, ya que descenderá de forma natural en las semanas siguientes). Primera cura en consulta a los 4–7 días.	Paseos diarios. Ducha corporal permitida según indicación médica (manteniendo los apósitos secos e intactos).
Semanas 2 a 3	Retirada de los extremos de sutura hacia los 12–15 días. Disminución progresiva del edema.	Incorporación a trabajos sedentarios o de oficina entre los 7 y 14 días. Conducción a partir de las 2 semanas.
Meses 1 a 3	El pecho adquiere su caída y redondez natural en el polo inferior. Inicio del protocolo de tratamiento de cicatrices	Al mes: ejercicio cardiovascular sin impacto y tren inferior. A las 6–8 semanas: ejercicio de impacto (correr,

Periodo	Evolución clínica y cuidados principales	Actividad permitida
	(tiras de poliuretano o silicona, aceite de rosa mosqueta/cremas regeneradoras y protección solar).	saltar) y tonificación de tren superior con buen sujetador deportivo.
Meses 6 a 12	Asentamiento definitivo de la forma mamaria y maduración completa de las cicatrices.	Actividad física y vida cotidiana sin ninguna limitación.

5. Riesgos potenciales y signos de alarma basados en la evidencia

La mamoplastia de reducción es una cirugía segura y predecible, pero al implicar un remodelado amplio de tejidos presenta riesgos específicos que deben explicarse con rigor:

- **Retraso de cicatrización en la unión en "T" (*dehiscencia menor*):** El punto donde se unen la cicatriz vertical y la horizontal (en el surco bajo el pecho) soporta la mayor tensión. Es relativamente frecuente que en ese punto exacto se forme una pequeña costra o se abra milimétricamente la piel superficial a las 2–3 semanas. No reviste gravedad médica y cierra por sí sola (cicatrización por segunda intención) en pocos días mediante curas sencillas en casa.
- **Hematoma o seroma (1–3%):** Acúmulo de sangre o líquido seroso que puede requerir evacuación en consulta o quirófano.
- **Alteración de la sensibilidad del pezón:** Puede producirse una disminución temporal o, en un porcentaje reducido de casos (especialmente en reducciones de gran volumen), permanente de la sensibilidad erógena o táctil del complejo areola-pezón.
- **Sufrimiento vascular de la areola:** Es una complicación muy infrecuente en manos expertas, pero su riesgo aumenta en grandes gigantomastias (donde el pezón debe trasladarse distancias muy largas) y en pacientes fumadoras.
- **Necrosis grasa:** Pequeñas zonas de tejido graso interno que reciben menos riego sanguíneo pueden endurecerse durante el postoperatorio, palpándose como pequeños nódulos firmes benignos que suelen reabsorberse con los meses.
- **Cicatrización patológica (cicatrices hipertróficas o queloides):** Depende en gran medida de la genética cutánea de la paciente. Mientras que la cicatriz periareolar y la del surco suelen volverse casi imperceptibles, la cicatriz vertical puede requerir cuidados prolongados con láminas de silicona o, en casos seleccionados, tratamientos dermatológicos complementarios (láser o infiltraciones).

Signos de alarma en el postoperatorio inmediato: Contacte con su cirujano si observa un cambio de coloración oscura o violácea en la areola, hinchazón brusca y dolorosa de un solo pecho, fiebre mayor de 38 °C o enrojecimiento intenso y caliente que se extiende por la piel mamaria.

6. Preguntas frecuentes de las pacientes

¿Cómo quedan las cicatrices a largo plazo? ¿Merece la pena el cambio de volumen por la cicatriz?

Las cicatrices son permanentes, pero su evolución cambia radicalmente con el tiempo. Durante los primeros 3 a 6 meses pasan por una fase inflamatoria normal en la que se ven rosadas o rojizas. Entre los 6 y 12 meses van perdiendo color y aplanándose hasta convertirse en finas líneas claras. En los estudios científicos de calidad de vida, más del 95% de las pacientes intervenidas afirman que el alivio físico, la comodidad al vestir y la mejora de la forma compensan ampliamente la presencia de las cicatrices (que además quedan cubiertas por cualquier sujetador o bikini).

¿Puede volver a crecer el pecho después de una reducción?

El tejido glandular y graso que se extirpa en el quirófano **no vuelve a regenerarse**. Sin embargo, el tejido mamario que se conserva para dar forma al nuevo pecho sigue siendo tejido vivo y sensible a las hormonas y al peso. Por tanto, el pecho mantendrá su nuevo tamaño de forma definitiva siempre que no se produzcan aumentos importantes de peso corporal (ya que la mama acumula grasa al engordar) o nuevos embarazos. Si una paciente se opera muy joven antes de finalizar su desarrollo puberal completo, también podría experimentar cierto crecimiento residual.

¿Podré dar el pecho si me quedo embarazada en el futuro?

Depende del grado de reducción. En reducciones moderadas se conserva el pedículo glandular conectado a los conductos galactóforos detrás del pezón, por lo que muchas pacientes conservan la capacidad de lactar. No obstante, dado que se retira una parte significativa de la glándula productora y se seccionan algunos conductos periféricos, siempre se debe informar a la paciente de que la lactancia materna exclusiva podría verse reducida o comprometida tras la cirugía, pudiendo requerir suplementación.

¿Qué talla de pecho me quedará después de la cirugía?

En consulta no se planifica la cirugía pensando únicamente en una letra de copa comercial (ya que el tallaje varía enormemente entre fabricantes de lencería), sino en lograr una **proporción anatómica armónica** con el contorno torácico, la anchura de los hombros y la estatura de la paciente, respetando siempre el volumen mínimo necesario para asegurar la vascularización del pezón. Por lo general, se busca situar el pecho en el equivalente a una copa B llena o una copa C proporcionada.

¿A qué edad se puede realizar una reducción de pecho?

Se recomienda realizarla una vez completado el desarrollo mamario, lo que suele ocurrir a partir de los **18 años** (o cuando el tamaño del pecho lleva al menos 1 o 2 años completamente estabilizado). Excepcionalmente, en casos de gigantomastia juvenil severa que provoca dolores incapacitantes de espalda o problemas psicológicos graves en adolescentes, puede valorarse antes de la mayoría de edad con el consenso médico y familiar oportuno. No existe un límite de edad superior siempre que el estado de salud general de la paciente sea bueno; de hecho, es

muy frecuente en mujeres tras la menopausia, etapa en la que los cambios hormonales suelen aumentar el volumen y el peso mamario.

7. Referencias bibliográficas

1. **Kerrigan CL, Collins ED, Striplin D, et al.** The health burden of breast hypertrophy. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2001;108(6):1591-1599.
2. **Collins ED, Kerrigan CL, Kim M, et al.** The effectiveness of surgical therapy for symptomatic breast hypertrophy. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2002;109(5):1556-1566.
3. **Hall-Findlay EJ.** A simplified vertical reduction mammaplasty: shortening the learning curve. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 1999;104(3):748-759.
4. **Lista F, Ahmad J.** Vertical scar reduction mammaplasty: a 15-year experience including a review of 250 consecutive cases. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2006;117(7):2152-2165.
5. **Kalliainen LK; ASPS Health Policy Committee.** ASPS Clinical Practice Guideline Summary on Reduction Mammaplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2012;130(4):785-789.

Dr. Alberto Sánchez García (Alsaga Cirugía Plástica®) — Cirujano Plástico en Valencia (Col. ICOMV 464624929)

📍 **Consulta 1 (Clínica Anubis):** Av. de Francia, 19, Camins al Grau, 46023 Valencia, España (Ver en Google Maps)

📍 **Consulta 2 (Clínica Premium Medical):** C. del Palleter, 4, Planta 1, Pta 2, Extramurs, Extramurs, 46008 Valencia, España (Ver en Google Maps)

📞 **Teléfono / WhatsApp:** +34 601 58 15 42 (Tel. secundario sede Palleter: +34 960 55 04 55)

✉ **Email:** info@alsagacirujanoplastico.com

🌐 **Web:** Si lo deseas, puedes seguir navegando o pedir cita en: https://alsagacirujanoplastico.com/pedir-cita