

## Mastopexia con anestesia local: una alternativa segura

### Maxtopexy with Local Anesthesia: A Safe Alternative

Georgeana Chirino Rodríguez<sup>1,2\*</sup> <https://orcid.org/0000-0001-6183-6985>

Francisco Xavier Zambrano Guerra<sup>1,2</sup> <https://orcid.org/0000-0003-4994-8946>

Dayan Alberto Martínez Portilla<sup>1,2</sup> <https://orcid.org/0009-0007-6152-5803>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. La Habana, Cuba.

<sup>2</sup>Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [georgeanachirino@gmail.com](mailto:georgeanachirino@gmail.com)

## RESUMEN

**Introducción:** El descenso anormal de la mama es motivo de preocupación de muchas mujeres. La literatura reporta varias técnicas quirúrgicas de mastopexia para corregir la ptosis sin definir una técnica ideal. En general, se utilizan varias técnicas de anestesia para mastopexia, ninguna libre de riesgos. En el presente existe un interés creciente en la realización de procedimientos ambulatorios con anestesia local. En este trabajo se revisa la evidencia del mencionado procedimiento y se presenta la experiencia del colectivo de autores con 28 casos operados en este centro hospitalario.

**Objetivos:** Actualizar las bases del tratamiento de ptosis mamaria con anestesia local en cirugía ambulatoria y demostrar, con la experiencia acumulada, la posibilidad de realizar este procedimiento sin riesgos adicionales.

**Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo, utilizando técnicas de mastopexia con cierre en J, de una serie de pacientes operadas por el mismo cirujano entre 2021 y 2023.

**Conclusiones:** La anestesia local en mastopexia es una alternativa segura. La experiencia encontrada hasta el momento avala que es un procedimiento viable para realizar mastopexia en Cuba.

**Palabras clave:** ptosis; mastopexia; anestesia local; seguridad del paciente.

## ABSTRACT

**Introduction:** Abnormal decrease in breast volume is a cause for concern for many women. Several mastopexy surgical techniques have been reported in the literature to correct ptosis without defining an ideal technique. In general, several anesthesia techniques are used for mastopexy, none of which are risk-free. There is currently a growing interest in performing outpatient procedures under local anesthesia. This paper reviews the evidence for the aforementioned procedure and presents the experience of the group for authors with 28 cases operated on in this hospital center.

**Objectives:** To update the bases of breast ptosis treatment with local anesthesia in outpatient surgery, and to demonstrate, based on accumulated experience, the possibility of performing this procedure without additional risks.

**Methods:** A retrospective and descriptive study was conducted, using J-closure mastopexy techniques, on a series of patients operated on by the same surgeon between 2021 and 2023.

**Conclusions:** Local anesthesia in mastopexy is a safe alternative. The experience found so far supports that it is a viable procedure to perform mastopexy in Cuba.

**Keywords:** ptosis; mastopexy; local anesthesia; patient safety.

Recibido: 13/10/2025

Aceptado: 22/10/2025

## Introducción

Se estima que en todo el mundo se realizan alrededor de 12 millones de procedimientos de cirugía plástica y más del doble de procedimientos de medicina estética.<sup>(1)</sup>

El desarrollo mamario es una de las características más destacadas de la morfología femenina. La mama es motivo de atracción, símbolo de sexualidad, belleza, erotismo y expresión de femineidad. Su forma, tamaño, características y la percepción frente a esta se vincula a factores históricos, culturales y personales, por lo que se crean íconos e ideales de belleza que se transforman.<sup>(2)</sup>

A su vez, la caída anormal del volumen mamario es motivo de preocupación de muchas mujeres, pues los parámetros de belleza resultan cada vez más exigentes y llevan a las pacientes a buscar soluciones médicas y estéticas.<sup>(2)</sup>

La ptosis mamaria se caracteriza por liposustitución del parénquima y pérdida de elasticidad de la piel, de los ligamentos suspensorios de las mamas y caída del complejo areola-pezones. Existen varias causas de ptosis, como el embarazo, la lactancia, las variaciones en el peso corporal, las deformidades del desarrollo, la gravedad, el envejecimiento y el efecto tardío de los implantes de silicona.<sup>(3)</sup>

El diagnóstico de ptosis mamaria tiene relación directa con la relajación y el descenso de las estructuras ligamentarias que dan el soporte a la mama y que se manifiestan como excesos cutáneos y glandulares en los cuadrantes inferiores, un menor volumen en el polo superior y, en consecuencia, una forma descendida y alterada, sin una adecuada proyección.<sup>(4)</sup>

La cirugía estética de las mamas pertenece al grupo de procedimientos más ampliamente realizado por los cirujanos plásticos a nivel nacional e internacional, por lo que la técnica de mastopexia es uno de los más relevantes, debido a que busca restaurar tanto la forma como la firmeza de las mamas, que dejan como secuela la ptosis mamaria.<sup>(4)</sup>

La primera mastopexia se reporta a finales del siglo XIX, donde se utilizaban especialmente técnicas de suspensión o por medio de colocación de suturas; luego se fueron realizando ciertos estudios hasta dar con la idea de eliminar la piel excedente del tejido de la mama para obtener una gran mejoría de las mamas caídas.<sup>(5)</sup>

En la historia de la cirugía de la mama las técnicas de mastopexia han tenido múltiples exponentes, pero el elevado índice de recurrencia de la ptosis ha suscitado la investigación constante en busca de resultados posoperatorios que perduren en el tiempo.<sup>(4)</sup>

La mastopexia es un desafío para el cirujano plástico, ya que en la gran mayoría de los casos las exigencias estéticas del paciente resultan altas en cuanto a forma, volumen, posicionamiento, calidad de las cicatrices y durabilidad de los resultados.<sup>(3)</sup>

Los objetivos de la técnica quirúrgica de mastopexia son restaurar el contorno y tamaño normales de las mamas, y hacerlo con una cantidad mínima de cicatrices visibles. Las estrategias necesarias para lograr este objetivo son eliminar el exceso de piel, elevar el tejido mamario y el complejo areola-pezones, buscando corregir asimetrías, preservando la sensibilidad y fisiología de las mamas en cada paciente, de acuerdo con sus medidas específicas, como altura del tórax y diámetro, así como la caída y falta de volumen en estas.<sup>(3,6)</sup>

Existen varias alternativas de mastopexia, que permiten al cirujano plástico ofrecer la más adecuada según las necesidades de cada paciente. Estas se clasifican por la cantidad de cicatrices producidas, que a menudo se relacionan directamente con la cantidad de levantamiento alcanzado. La elección de la técnica está determinada por el grado de ptosis, el tamaño deseado de la mama después de la operación, comorbilidades, hábito corporal de cada paciente, la eventual conservación de piel y complejo areola-pezones.<sup>(6,7)</sup>

En general, cualquier técnica quirúrgica elegida para llevar a cabo una cirugía mamaria expone a la paciente a riesgos, de tal forma que discutir claramente con la paciente y cerciorarse de su comprensión frente al procedimiento y de las expectativas reales que se deben esperar, deben ser la prioridad con las pacientes que buscan la corrección de su problema. Aunque la evidencia literaria es amplia, la controversia frente a las diferentes técnicas sigue presente; sin embargo, brindan una solución socio-funcional para cada paciente.<sup>(7)</sup>

Hoy en día los pacientes estéticos esperan procedimientos mínimamente invasivos, indoloros y eficaces para mejorar su apariencia y su confianza en sí mismos. Ofrecer estos tratamientos con el mínimo dolor y la máxima comodidad para el paciente debe ser el objetivo de todo profesional, además de velar por que el tiempo de recuperación sea indoloro. Muchas modalidades de anestesia local permiten cumplir con este enfoque.<sup>(1)</sup>

Con una gran demanda y el deseo de muchos pacientes de evitar una anestesia general y una recuperación prolongada, la cirugía ambulatoria ha aumentado la comodidad del paciente, y ha disminuido la utilización de recursos e ingresos hospitalarios. Estos procedimientos, con frecuencia, se realizan únicamente con anestesia local.<sup>(8)</sup>

La cirugía ambulatoria aporta grandes ventajas cuando se realiza dentro las normas de seguridad oportunas e imprescindibles; entre esas ventajas pueden citarse: disminución de costos, mayor colaboración del paciente e, incluso, mejor respuesta al estrés quirúrgico, ya que la mayoría de los pacientes refieren tener temor a la

anestesia general. Existen muchas herramientas para reducir la ansiedad y el malestar del paciente.<sup>(8,9)</sup>

Los anestésicos locales son un importante contribuyente a la práctica médica en todo el mundo. La provisión y entrega de anestesia y/o analgesia utilizando anestesia local se puede lograr de varias maneras.<sup>(10)</sup>

Los procedimientos de mínimo acceso han revolucionado el campo de la cirugía y han abierto nuevos desafíos para los cirujanos. En los últimos años se han explorado y estudiado diferentes métodos en los que se incluyen el uso de nuevas técnicas de anestesia para la realización de diversas cirugías; por ejemplo, en cirugía mamaria se ha extendido enormemente la “anestesia tumescente”, la cual se describe como la inyección de una solución diluida de anestésico local combinado con epinefrina y bicarbonato de sodio en el tejido subcutáneo hasta que se vuelve firme y tenso, lo cual es “tumescente”. Con la anestesia tumescente se acorta el tiempo de la cirugía, se facilita la disección, y se reducen el sangrado y el dolor posoperatorio.<sup>(11)</sup>

Existen métodos anestésicos alternativos a la anestesia general como: bloqueos de nervios intercostales, bloqueo paravertebral torácico, bloqueo epidural torácico alto, infiltración de soluciones anestésicas locales, la anestesia tumescente y sedación, o el bloqueo de ramas del plexo braquial por inyección percutánea del anestésico asistida por ecografía.<sup>(9,10)</sup>

Entre 1891 y la década de 1970 se han sintetizado varios anestésicos locales de amidas (mepivacaína, lidocaína, etidocaína y bupivacaína) y ésteres (cocaína, tetracaína y benzocaína) aminoéster (éster) y aminoamida (amida). Los anestésicos locales son partículas hidrófilas de una amina terciaria, unidas por un anillo aromático lipófilo. Vienen en forma ácida o básica (no ionizada). Sin embargo, solo la forma ionizada muestra efecto. Según el tiempo de acción, los fármacos se pueden dividir en: de acción corta, media y larga. Las principales aplicaciones en cirugía plástica son fármacos de acción de media y larga duración, como la ropivacaína o la bupivacaína.<sup>(1,8,10)</sup>

El principio básico de la anestesia local se basa en la interrupción de los potenciales de acción. La transmisión de potenciales de acción neuronales ocurre cuando los canales de sodio dependientes de voltaje se abren, lo que permite una entrada masiva de sodio. Esta despolarización da como resultado la propagación de un impulso neuronal. Los agentes anestésicos locales bloquean temporalmente la transmisión del impulso nervioso. Su acción es reversible; y la duración de la

anestesia, variable. Esto depende de las propiedades del compuesto y de sus parámetros farmacocinéticos (tasas de absorción, metabolismo y eliminación).<sup>(1,8)</sup>

La más versátil del grupo amidas continúa siendo la lidocaína (acción corta). La lidocaína y la mayoría de la estética local utilizada actualmente en la práctica quirúrgica son amidas. Desarrollado por primera vez en 1943, es funcional, relativamente rápido en su inicio y eliminado, seguro, y su uso es extenso. La gran mayoría de los cirujanos plásticos tienen un conocimiento clínico práctico sobre el uso de lidocaína.<sup>(10)</sup>

El control del dolor después de una mamopexia con anestesia general requiere analgesia narcótica intravenosa y hospitalización. Las técnicas anestésicas regionales y locales están ganando popularidad porque disminuyen el uso de analgésicos intravenosos y ofrecen un alivio del dolor comparable sin efectos secundarios sistémicos.<sup>(12)</sup>

La infiltración de anestésico local (AL) se ha convertido en un componente deseable del enfoque multimodal para el control del dolor posoperatorio asociado con los procedimientos de una cirugía de mama. Siempre deben elegirse con cuidado para no reducir la eficiencia del procedimiento seleccionado. También se deben tener en cuenta las preferencias de los pacientes y la experiencia del médico.<sup>(13)</sup>

El dolor posoperatorio severo es uno de los problemas más importantes en las cirugías plásticas, al mismo tiempo hay un número creciente de cirugías que se realizan en régimen ambulatorio y estas son las razones por las que los anestésicos locales se han encontrado de mayor utilidad.<sup>(1)</sup>

La lidocaína endovenosa perioperatoria es potente como bloqueador de los canales de sodio, y tiene eficacia para reducir la incidencia y la gravedad del dolor persistente posoperatorio; además, posee efectos analgésicos, antiinflamatorios y antihiperálgésicos como onco-anestésico, actuando simultáneamente sobre los nociceptores periféricos y la sensibilización central.<sup>(14)</sup>

La tumescencia en la cirugía mamaria ambulatoria se ha descrito como segura y eficaz para reducir el dolor; así se facilita la movilización y se reduce la necesidad de narcóticos orales. Independientemente del tipo de anestesia, el uso de solución tumescente de epinefrina reduce la pérdida de sangre, los altos volúmenes de líquido de drenaje, los hematomas y, lo más importante, facilita la visualización. Por tanto, el uso de una solución tumescente de epinefrina puede contribuir a una rápida recuperación.<sup>(15)</sup>

La anestesia de infiltración se inyecta por vía intradérmica, subcutánea o intramuscular. El anestésico bloquea localmente la estimulación de las

terminaciones nerviosas sensoriales. El efecto de la anestesia es rápido y la adición de adrenalina prolonga la duración de la anestesia en un 100 %. La contraindicación de este tipo de anestesia es la inflamación de los tejidos.<sup>(1)</sup>

Debido a su capacidad de diseminación en los tejidos, la lidocaína al 1 % debe usarse principalmente para anestesia por infiltración.<sup>(1)</sup>

La anestesia inyectada incluye anestesia local infiltrativa, bloqueos nerviosos específicos y anestesia tumescente. En el primer caso se inyecta un anestésico en un tejido con riesgo de distorsión importante del tejido. Se puede utilizar lidocaína, o lidocaína con epinefrina. El paciente puede experimentar toxicidad por lidocaína cuando se aplica lidocaína con epinefrina debido al volumen de anestesia requerido.<sup>(1)</sup>

Cada vez se realizan bajo esta modalidad procedimientos más complejos, entre los que están los propios de la cirugía reconstructiva mamaria. Para que esto se tornara posible, fue necesario modificar el método anestésico utilizando bloqueos locorreregionales que sustituyeran o complementaran a la tradicional anestesia general.<sup>(9)</sup>

## Desarrollo

La mastopexia es una de las intervenciones quirúrgicas más comunes dentro de la cirugía estética.<sup>(5)</sup>

La falta de una descripción detallada en investigaciones previas de la planificación y toma de decisiones quirúrgicas perioperatorias y su impacto en el resultado final explica por qué no existe un consenso global sobre la mastopexia sin implantes en la literatura.<sup>(6)</sup>

Se pueden proporcionar ciertas pautas generales, como lo describe la mayoría de los autores sobre la mastopexia; incluso, es posible tener ciertos pasos quirúrgicos que puedan guiar al cirujano hacia el método de mastopexia más seguros y efectivos para cada caso, como determinar la altura del complejo areola-pezones y la altura de la vertical dependiendo de cada paciente, en la que varía de 5 a 8 cm, de acuerdo con la longitud del tórax, y así poder armonizar la mama y compensar los pliegues de la incisión horizontal. Siempre se debe tener en cuenta la combinación de los factores individuales de la paciente y la experiencia del cirujano.<sup>(6)</sup>

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo, utilizando técnicas de mastopexia con cierre en J, de una serie de 28 pacientes operadas por el mismo cirujano entre enero de 2021 y diciembre de 2023.

A todas las pacientes les realizamos los estudios preoperatorios rutinarios para este tipo de procedimiento y fueron informadas sobre el método anestésico a emplear, con una explicación breve acerca de lo que es la anestesia local.

Las pacientes firmaron los correspondientes documentos de consentimiento informado.

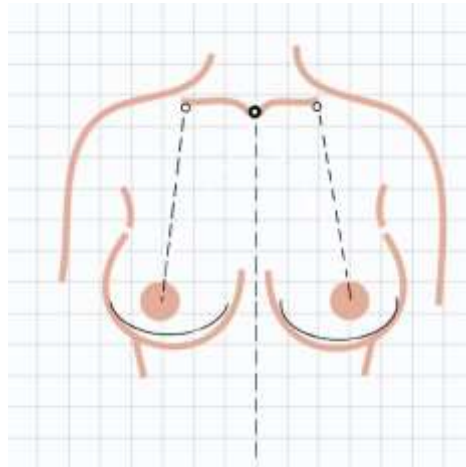
Las cirugías se realizaron en el Hospital Hermanos Ameijeiras, siguiendo todos los protocolos de asepsia, antisepsia y de seguridad normales para este tipo de procedimiento. Todos los procedimientos fueron inicialmente programados como ambulatorios, sin ingreso hospitalario.

### **Técnica de marcación preoperatoria**

Múltiples técnicas de mastopexia han sido descritas y en ellas se han utilizado diversos tipos de pedículos, con el fin de lograr una posición y forma adecuada que perdure en el tiempo, y aunque no se ha descrito una técnica universal que pueda corregir todos los defectos, la técnica de mastopexia con cierre en J constituye una opción eficaz para casos que involucren ptosis.

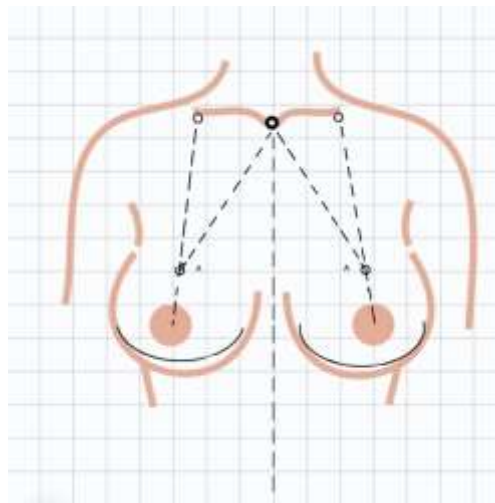
Previo a la cirugía y con la paciente de pie, se marcan los siguientes puntos:

1. Punto medio en la horquilla esternal, donde se traza la línea medio esternal y se prolonga hasta el ombligo y luego el nuevo surco inframamario 1-2 cm por encima del anterior (fig. 1).
2. Se marca un punto a nivel hemiclavicular a 6-7 cm del punto medio de la horquilla esternal, desde donde se traza una línea recta, perpendicular y continua hasta el pezón (fig. 1).



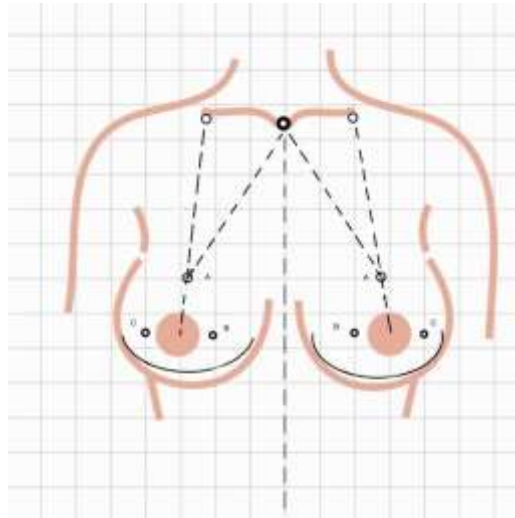
**Fig. 1** - Marcación de la línea medioesternal.

3. Posteriormente se marca una línea desde el punto medio de la horquilla esternal hasta la altura del nuevo CAP (A), que estará a 17-21 cm desde el mismo punto en relación con la ptosis de la mama, verificando que coincida anatómicamente con el tercio medio del brazo (fig. 2).



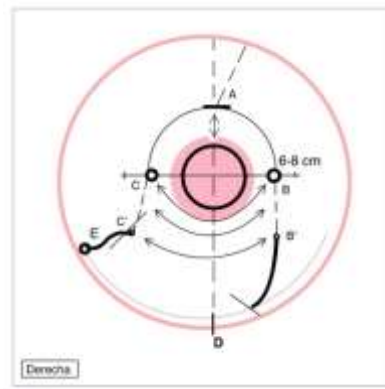
**Fig. 2** - Marcación del punto A que estará a 17-21 cm de la horquilla esternal.

4. Con maniobra bidigital, se marcan los puntos B y C en los bordes medial y lateral de la areola, a nivel del pezón (fig. 3).



**Fig. 3** - Marcación de los puntos B y C en los bordes medial y lateral de la areola a nivel del pezón.

5. Se procede a delimitar el nuevo CAP, trazando una línea de 6-8 cm de longitud para crear "el ojo de llave". Se marca un semicírculo hacia el polo superior con diámetro comprendido entre 4-6 cm, en relación con el tamaño de la mama (Cartabón de Weiss).
6. En posición decúbito supino, se procede a centrar la mama en la posición a la que se desea llevar, y se marca la proyección de la línea medio mamaria sobre el surco inframamario. Se unen los puntos B y C por pinzamiento y se marca el borde de los pliegues, lo cual demarca la abertura de la prolongación de los puntos B' y C' hacia el nuevo surco inframamario, con una longitud no mayor de 6 cm. La línea media mamaria deberá ser equidistante en las dos mamas desde la línea medio esternal, a una distancia de 8-10 cm, con relación al tamaño del tórax del paciente (D) (fig. 4).
7. Se unen los puntos B' y C' en la línea medio mamaria, determinando que el área por remover corresponderá al área entre este punto y el extremo externo (E) de la nueva línea inframamaria.
8. Se procede a delimitar el nuevo pezón, con forma circular, con diámetro de 4-6 cm, en relación con el tamaño mamario y gusto del paciente. El área comprendida entre esta marcación y el diseño anterior corresponde al área que debe ser desepidermizada. Se recomienda marcar el punto B a 1 cm por encima del calculado anteriormente, en relación con el reposicionamiento del tejido.



**Fig. 4** - Marcación de los puntos B' y C' en dirección al nuevo surco inframamario. Marcación del punto E lateral en el nuevo surco inframamario. Delimitación del área a ser desepidermizada y dirección de la unión del cierre de la herida quirúrgica.

### Procedimiento quirúrgico

Para realizar una mastopexia bajo anestesia local, se requiere una solución de 50 cc de lidocaína al 2 % diluido en 350 cc de solución salina fisiológica, para obtener una concentración del medicamento de 0,25 %, asociado a 1 cc de epinefrina (amp = 1 mg/ml) y a una ampolla de bicarbonato de sodio al 8,4 % (amp = 20 ml). Una vez infiltrada la mama, una gran cantidad de anestésico se pierde en la disección. Por tanto, una dosis baja permanece por vía subcutánea para ser metabolizada por el hígado. Los niveles séricos de lidocaína son bajos durante estas operaciones.

Inicialmente, se infiltra la solución anestésica por las líneas de demarcación en plano superficial, paralelo a la línea de la piel, y cubriendo la zona próxima a desepidermizar.

Una vez el tejido fue removido, se procede a realizar infiltración de la misma solución anestésica en varios puntos sobre la misma demarcación, profundos, perpendiculares a la línea de la piel, sobre el tejido mamario próximo a incidir.

En pocas ocasiones fue necesario realizar infiltraciones adicionales, las cuales se hicieron de manera puntual y por sensación de dolor leve en sitios específicos durante el acto quirúrgico.

La mayoría de las técnicas incluyen el patrón de Wise en su diseño, lo que permite que puedan realizar colgajos a pedículo superior, supero-medial, infero-lateral e inferior sin dificultad, lo que permitió una mejor distribución del tejido y una adecuada elevación del complejo areola-pezón (CAP).<sup>(4)</sup>

El patrón descrito por Robert Wise ha experimentado diversas modificaciones en los últimos años y tuvo en cuenta el proceso de confección del brasier femenino, que destaca la forma cónica del seno. De igual manera, el patrón cutáneo involucra no solo la talla del seno, sino las relaciones con la circunferencia y la angulación del tórax. El patrón clásico de T invertida tiene dos vertientes, una horizontal y otra vertical, con un modelo en “ojo de cerradura”, que en el polo superior deberá albergar el complejo areola-pezones (CAP).<sup>(4)</sup>

Con una mastopexia más agresiva, el uso de una incisión vertical o con T invertida suele ser necesaria en pacientes con ptosis más severas, como cuando el pezón se encuentra muy por debajo del pliegue inframamario o cerca de la parte inferior de la mama. En este grupo de pacientes, la mastopexia es a menudo la motivación principal y, por tanto, debe realizarse de manera más agresiva.<sup>(6)</sup>

En todos los casos, una vez de alta hospitalaria, las pacientes continuaron con tratamiento farmacológico domiciliario a base de paracetamol 1 g cada 8 horas por vía oral durante 5 días.

En los últimos años ha crecido el interés por la realización de la mastopexia con anestesia local como una alternativa segura, que puede servir como una alternativa a los procedimientos con anestesia general.

La comparabilidad con estudios previos sobre anestesia local para cirugía mamaria es limitada, debido a la existencia de diferentes diseños de estudio, múltiples procedimientos, el uso de sedantes, dosis totales y potencias de analgésicos, técnicas de bloqueo nervioso, agentes anestésicos y distintos parámetros de resultado.<sup>(15)</sup>

Los objetivos y retos que enfrenta el cirujano plástico con una técnica de mastopexia incluyen lograr una forma, proyección y firmeza adecuadas para cada tipo de paciente, además de la supervivencia del CAP y un polo superior proyectado que se mantenga en el tiempo. Al ser la cirugía una experiencia cómoda para el paciente, ofrece beneficios en términos de seguridad y eficiencia del procedimiento, con un estrés perioperatorio mínimo y sin apresurar el proceso de alta.<sup>(4,15)</sup>

La anestesia local ya es un modelo anestésico frecuentemente utilizado en mamoplastia de reducción y suspensión; puede ser una opción menos costosa que la realizada con anestesia general. Además, como la pérdida de sangre es mínima y la recuperación muy rápida, con una venda adhesiva y un ajustador adecuado, el paciente podría ser dado de alta horas más tarde.<sup>(9,16,17)</sup>

La mastopexia es segura y reproducible, con tasas de complicaciones consistentes con la literatura. Esta técnica corrigió eficazmente la ptosis leve a moderada, promoviendo senos proyectados con cicatrices bien posicionadas y reducidas.<sup>(18)</sup>

Es importante destacar la necesidad de una evaluación preoperatoria cuidadosa, incluida la evaluación y el tratamiento de la ansiedad en todos los pacientes en cirugía ambulatoria.<sup>(19)</sup>

Las pacientes candidatas para mastopexia con anestesia local requieren una atención individualizada para abordar algunos de los cambios que ocurren en los tejidos que podrían no ser fácilmente evidentes. Por lo tanto, en manos capaces, la mastopexia con anestesia local puede ser un procedimiento seguro y efectivo para restaurar los principios estéticos en el envejecimiento mamario.<sup>(6)</sup>

La mastopexia es considerada una de las intervenciones más difíciles, frecuentes y relevantes en cirugía plástica. En pacientes adecuadamente seleccionadas, existen altas tasas de satisfacción y bajos índices de complicaciones.<sup>(4)</sup>

La mastopexia con anestesia local es una opción segura para muchas pacientes que desean mejorar la apariencia de sus mamas. Esta técnica ofrece varias ventajas potenciales sobre la anestesia general y puede ser una opción atractiva para aquellos pacientes que desean una recuperación más rápida y una experiencia quirúrgica más cómoda. Sin embargo, es crucial una cuidadosa evaluación preoperatoria y una colaboración interdisciplinaria para garantizar resultados óptimos y la satisfacción del paciente.<sup>(20)</sup>

## Conclusiones

Los resultados posoperatorios, aplicando la técnica anestésica de infiltración local de la solución presentada, muestran que en todos los casos fue exitosa, porque se consiguió realizar un procedimiento quirúrgico de bajo costo, pero igualmente bajo parámetros de seguridad y anestesia adecuados, sin complicaciones ni técnica fallida. Por ello, se considera una alternativa segura con relación a la anestesia general, y puede usarse tanto en cirugía estética como reconstructiva.

Siguiendo la técnica descrita, se considera que el procedimiento descrito constituye una alternativa viable para realizar mastopexia.

## Referencias bibliográficas

1. Rękas Dudziak A, Męcińska Jundziłł K, Walkowiak K, Witmanowski H. The use of local anaesthetics in dermatology, aesthetic medicine and plastic surgery: review of the literature. *Advances in Dermatology and Allergology/Postępy Dermatologii i Alergologii*. 2023;40(1):22-7. DOI: <https://doi.org/10.5114/ada.2023.125221>
2. Tamayo Carbón AM, Orozco Jaramillo MA, Rendón Oliva IE, Posada Ruiz DA, Valdivia Llanes J. Resultados en mastoplastia reductora por técnica de McKissock modificada en la hipertrofia mamaria moderada. *Acta Médica*. 2020 [acceso 23/07/2024];21(1):e42. Disponible en: <https://revactamedica.sld.cu/index.php/act/article/view/42>
3. Sodré RL, Calil JA, Ferreira RA, Quiregatto Do Espírito Santo PR, Trigo Ruiz C, Piotrowsky MF, et al. A mastopexia de aumento em L. 2023;38(2):1-6. DOI: <https://doi.org/10.5935/2177-1235.2023RBCP0684-PT>
4. Palacio JE, Carvajal LV, Díaz G. Técnica de mastopexia combinando colgajo superior e infero-lateral: una alternativa segura. *Rev Col Cir Plast Rec*. 2023 [acceso 23/07/2024];29(2):45-51. Disponible en: <http://www.ciplastica.com/ojs/index.php/rccp/article/view/236/pdf>
5. Grajeda López P, Corzo Sosa AR, Valdés Galicia JL. Mamaplastia de reducción. Complicaciones. *Cir Plast*. 1999 [acceso 23/07/2024];9(1):5-8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cplastic>
6. De RDR, Torres-Piña R, Zamora-Madrado A. Tratamiento versátil de la ptosis mamaria con mastopexia circunvertical con y sin implantes. *Cir Plast*. 2022;32(2):69-81. DOI: <https://doi.org/10.35366/107765>
7. Herrera Rincón JI, Zambrano Arenas MD, Serna DG, Valero Peralta JA, Navarro Morantes JP. En que estamos de reconstrucción de mama. *Scientific & Education Medical Journal*. 2021 [acceso 23/07/2024];2(1):18-28. Disponible en: <https://medicaljournal.com.co/index.php/mj/article/download/23/89>
8. Bharadwaj S, Dougherty W. Anesthesia for office-based facial plastic surgery procedures. *World J Otorhinolaryngol Head Neck Surg*. 2023 Aug 28;9(3):200-5. DOI: <https://doi.org/10.1002/wjo2.131>
9. Ballivián Rico JL, Vera Cucchiari J. Prótesis mamarias en plano submuscular con bloqueo anestésico intraoperatorio de ramas del plexo braquial a cielo abierto y con cánula. *Cir. plást. iberolatinoam*. 2020 Mar;46(1):37-44. DOI: <https://dx.doi.org/10.4321/s0376-78922020000100006>
10. Nasim H. *Local Anesthesia for Plastic Surgery, An Issue of Clinics in Plastic Surgery*. 1st ed; 2013

11. Buendía Gómez AF, Martínez López CA, Ruales Benavides N, Sixta Castro A, Sequeda Arroyo F. Nuevas Técnicas en Anestesia Reconstructiva y Estética. *Ciencia Latina Internacional*. 2023;7(3):7220-9. DOI: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v7i3.6710](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i3.6710)
12. Lu Leonard MD, Fine Neil A. The Efficacy of Continuous Local Anesthetic Infiltration in Breast Surgery: Reduction Mammoplasty and Reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2005 June;115(7):1927-34. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.PRS.0000163332.04220.BD>
13. Wong HY, Pilling R, Young BWM, Owolabi AA, Onwochei DN, Desai N. Comparison of local and regional anesthesia modalities in breast surgery: A systematic review and network meta-analysis. *J Clin Anesth*. 2021 Sep;72:110274. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2021.110274>
14. Parada Heit R. Anestesia libre de opioides y calidad analgésica durante el postoperatorio de cirugía oncológica de mama. *Rev Chil Anest*. 2023;52(8):796-803. DOI: <https://doi.org/10.25237/revchilanestv52n8-15>
15. Stahl S, Santos Stahl A, Feng YS, Estler A, Swoboda K, Buiculescu F, et al. Enhanced Recovery After Aesthetic Breast Surgery Under Sedation, Intercostal Block and Tumescant Anaesthesia: A Prospective Cohort Study of the Early Postoperative Phase. *Aesthetic Plast Surg*. 2023 Jun;47(3):979-97. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00266-022-03214-w>
16. Chongshan G, Lize W, Yingjian H, Tao O, Jinfeng L, Tianfeng W, et al. Effect of Local Versus General Anesthesia in Breast - Conserving Surgery on Cancer Recurrence and Cost. *Cancer Control*. 2022;29:10. DOI: <https://doi.org/10.1177/10732748221083078>
17. Mottura AA. Local anesthesia in reduction mastoplasty for out - patient surgery. *Aesthetic Plast Surg*. 1992;16(4):309-15. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF01570693>
18. Carmona Blesa A, Tejedor Navarro A, Deiros García Carmen, Masdeus J. Impacto de la técnica anestésica en el dolor de cirugía reconstructiva mamaria. *Rev Chilena de Anestesia*. 2021;51(2):191-8. DOI: <https://doi.org/10.25237/revchilanestv5108021142>
19. Bagatin T, Škrtić M, Šakić L, Bagatin D, Šakić K, Deutsch J, et al. Hemodynamic function in comparison of two types of local anesthesia with vasoconstrictor in day surgery: retrospective study. *Acta Clin Croat*. 2022 Sep;61(Suppl 2):28-40. DOI: <https://doi.org/10.20471/acc.2022.61.s2.04>
20. Ditlev M, Loentoft E, Hölmich LR. Breast augmentation under local anesthesia with intercostal blocks and light sedation. *J Plast Surg Hand Surg*. 2023;57(1-6):271-8. DOI: <https://doi.org/10.1080/2000656X.2022.2069789>

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.