

# PROTG-Programa social de tratamiento de la gigantomastia, Bahía-Brasil

## PROTG-Social treatment program of the gigantomasty, Bahia-Brazil



Villafuerte Vélez, C.K.

Cesar Kelly VILLAFUERTE-VÉLEZ\*

### Resumen

En el estado de Bahía, Brasil, donde más del 73.5% de la población se declara como negra y morena (IBGE 2010), la gigantomastia es una patología común a todos los niveles y en especial entre mujeres de las clases menos favorecidas. A pesar de que esta deformidad afecta física y psicológicamente, en nuestro país, su tratamiento no es considerado como una prioridad y los pocos casos tratados en la esfera pública lo son de manera excepcional, lo que ha generado con los años grandes listas de espera en busca de solución.

Durante décadas, algunos cirujanos plásticos de manera altruista y en casos específicos, han dado su contribución, pero fue a partir de 2008 cuando, con varias brigadas quirúrgicas voluntarias anuales, la administración política de la ciudad de Feira de Santana-Bahía (Brasil), con su alcalde Dr. Tarczicio Pimenta, el Presidente de la Fundación del Hospital de la Mujer, Dr. Jair de Jesús, y el cirujano plástico Dr. Cesar Kelly Villafuerte Vélez, unieron sus esfuerzos creando el primer y único programa institucional específico del Brasil, PROTG (Programa Social de Tratamiento de la Gigantomastia), en el que con protocolos y cronogramas definidos son operadas 2 a 3 pacientes por mes, alcanzando en 2018 más de 200 pacientes beneficiadas. En 10 años de actividad ya fueron examinadas 1.115 mujeres, de las cuales fueron seleccionadas hasta la fecha 250 por cumplir con los requisitos y operadas 204 con la técnica de Thorek Pitanguy, a las que se les retiró entre 4.000 a 8.750 gr de mama (media de 4.350 gr).

A pesar de los vaivenes políticos, la actual directora de la fundación, la Sra. Gilbert Lucas y el actual alcalde, José Ronaldo, continúan apoyando este programa.

### Abstract

In the state of Bahia in Brazil, where more than 73.5% of the population declare themselves as black and brunette (IBGE 2010), the giant breast is a common pathology that affects women in all the social levels, especially those less favored. Despite this condition affects physically and psychologically, in our country, its treatment isn't considered a priority and the few treated cases show to the growth of a row of people with the same hope for a solution.

For decades, some plastic surgeons, in an altruistic way, have given a sporadic contribution, but it was only since 2008 when, the politic administration of the city of Feira De Santana- Bahia (Brasil) with the mayor in office Dr. Tarczicio Pimenta, the president of the Foundation of the Women Hospital, Dr. Jair de Jesus, and the plastic surgeon Dr. Cesar Kelly Villafuerte Velez, united their efforts creating the first and unique specific institutional program of Brazil, PROTG (Social Treatment Program of the Gigantomasty). In this program, protocols and schedules are defined, and 2 for 3 patients are operated each month, achieving in 2018 more than 200 benefited patients. In 10 years of activity, 1.115 women were examined, of which 250 patients were selected because they met the requirements and 204 were operated with the Thorek-Pitanguy technique with a mammary tissue removal of 4.000 to 8.750 gr (average of 4.350 gr).

Despite of the politics inconstances, the director of the foundation Mrs. Gilbert Lucas and the actual mayor Mr. José Ronaldo, continue to give the integral support to this program.

**Palabras clave** Labor social, Cirugía Plástica humanitaria, Gigantomastia, Reducción mamaria.

**Recibido (esta versión)** 10 agosto/2018  
**Aceptado** 1 septiembre/2018

**Key words** Humanitarian Plastic Surgery, Gigantomasty, Breast reduction.

**Received (this version)** 10 august/2018  
**Accepted** 1 september/2018

**Conflicto de intereses:** el autor declara no tener ningún interés financiero relacionado con el contenido de este artículo.

\* Cirujano Plástico, Coordinador de PROTG (Programa Social de Tratamiento de la Gigantomastia), Feira de Santana, Bahia, Brasil

## Introducción

La hipertrofia mamaria severa o gigantomastia es una patología poco reconocida en la salud pública; pero en la práctica médica está reconocida como una gran incapacitante por las alteraciones cutáneas y músculo-esqueléticas que produce en el tronco, en ocasiones acompañadas de dolor crónico torácico, limitación funcional, alteraciones psíquicas como baja autoestima, que repercuten en pérdida laboral, pérdida de la imagen corporal, pérdida de dignidad, además de trastornos en la vida sexual y familiar de las mujeres que la padecen (Fig. 1).

Cuando en 1991 comenzamos a ejercer nuestra especialidad médica en la ciudad de Feira de Santana, Bahía, Brasil, identificamos un inmenso número de pacientes que solicitaban mamoplastia reductora, y entre ellas un gran porcentaje de cuadros de hipertrofia mamaria severa. Esta ciudad es la segunda en población del estado, en el que la mayoría de la población es afrodescendiente y refleja los mismos indicadores socio-económicos del nordeste brasileño, donde los recursos son muy inferiores a los de regiones como el centro-sur del país. Además, está ubicada en el interior bahiano, con una inmensa carencia de hospitales públicos de alta complejidad.

Con conciencia de este importante contingente de gigantomastia en mujeres desprotegidas social y económicamente, comenzamos a realizar esporádicamente cirugías plásticas gratuitas desde 1994, lo que fue dando lugar a la creación de largas listas de espera para optar a ellas. En 2008 asumimos la presidencia de la Sociedad de Cirugía Plástica, Regional Bahía, lo que nos permitió dar inicio a un programa anual de brigadas quirúrgicas voluntarias y en 2 años, con la colaboración de varios especialistas cirujanos plásticos miembros de la Sociedad Brasileña de Cirugía Plástica (SBCP) y de la Federación Ibero-latinoamericana de Cirugía Plástica (FILACP), el apoyo de los hospitales públicos de Feira de Santana, Cruz



Fig. 1. Gigantomastia grado 5.

das Almas, Jacobina y Vitoria da Conquista, operamos a 42 pacientes. Estas campañas hicieron que el poder público, en la figura de alcaldes y concejales, tomaran también conciencia del problema y se interesasen por crear una actividad institucional humanitaria que ayudase a aliviar de manera continua mensual esta gran demanda. Así nació el Programa de Tratamiento de la Gigantomastia, PROTG, fundado en 2010 con el apoyo del alcalde Dr. Tarzicio Pimienta, que destinó al Hospital de la Mujer de Feira de Santana para brindar todo el apoyo logístico necesario, desde ambulatorio, laboratorios, cirugía, anestesia, internación hospitalaria, salas de curaciones y revisiones, lo que permitió, hasta la fecha, la recuperación funcional, de la dignidad y la autoconfianza femenina de más de 200 pacientes hasta la fecha.

El programa PROTG es el primer y único programa de tratamiento público específico en el Brasil. En esta publicación presentamos un resumen de las actividades y desafíos realizados hasta el momento, datos estadísticos registrados, protocolos estandarizados, logros científicos alcanzados y sobre todo, la satisfacción de la recuperación del bienestar humano, de la alegría de nuestras pacientes, de la felicidad que nuestra profesión nos brinda al ayudar de forma efectiva a personas desfavorecidas económica y socialmente. En ese ambiente de altruismo, siempre el que da recibe en cántaros.

## Material y método

Como toda cuestión humanitaria, en el inicio no existía un organigrama definido; todo comenzó como una construcción simultánea y paralela entre médico-paciente, el sufrimiento de ellas, la deformidad severa que padecían y su carencia de recursos fueron impactantes, y así el especialista vio incentivo en esta necesidad de remediar para actuar de forma efectiva.

Después de los periodos de acción voluntaria individual, de las brigadas quirúrgicas, y con el apoyo constante de los señores alcaldes, la fundación hospitalaria, la secretaria de salud, el hospital de la mujer, de los trabajadores sociales, anestesiólogos, cirujanos plásticos, personal de enfermería, psicólogos y voluntarios, en 2010 dio inicio el PROTG como programa de tratamiento quirúrgico mensual permanente.

El método de trabajo quedó definido en 5 etapas:

**1ª Etapa.** Selección bianual de las pacientes, generalmente en un único día del mes de octubre, en el que entre 200 a 280 mujeres son documentadas y examinadas. Este proceso se caracteriza por la evaluación de un asistente social que lleva a cabo la clasificación económica de las pacientes, y por el examen físico del cirujano plástico que clasifica el grado de hipertrofia mamaria, identificando qué pacientes tienen tamaños mamarios que sobrepasan la mitad inferior del abdomen superior y alcanzan o sobrepasan la cicatriz umbilical (grados 4 y 5) como gigantomastias extremas. Todo ello con la colabo-



Fig. 2. Día de selección de pacientes en el Hospital de la Mujer, año 2017: asistencia de 260 mujeres.



Fig. 3. Evaluación de criterios para el PROTG.

ración altruista de enfermeras, psicólogos y voluntarios de la comunidad.

Esta etapa se desarrolla en el Hospital de la Mujer y la llamada para este día se hace durante las semanas anteriores a través de radio, televisión e internet, con anuncios en los que también se divulgan los criterios para participación: mamas grandes, en mujeres mayores de 18 años, ya con hijos y con carencia económica (Fig. 2 y 3).

**2ª etapa.** En 2 fases. La primera en la que una junta de enfermeras y cirujano plástico selecciona las fichas de mujeres con gigantomastia; y una segunda fase en la que los trabajadores sociales visitan en su domicilio a las mujeres seleccionadas para comprobar su situación económica.

**3ª etapa.** Ya con la lista de pacientes preseleccionadas, se publica un cronograma quirúrgico de 2 años con llamada secuencial cada 2 meses de pacientes para exámenes físicos y de laboratorio, excluyendo a aquellas con enfermedades no controladas u otros impedimentos.

**4ª etapa.** Toma de fotografías preoperatorias y realización de la cirugía bajo anestesia peridural o general. Utilizando las técnicas de Thorek<sup>(1)</sup> y Pitanguy,<sup>(2)</sup> llevamos a cabo resección mamaria en bloque, construcción de la pirámide de la neomama con los pilares medial y lateral, e injerto del complejo areolo-mamilar. En todos los casos solicitamos examen de Anatomía Patológica de las piezas de resección. Las pacientes son internadas durante 24 horas y tras su alta hospitalaria se practican revisiones cada 8 días durante el primer mes, y luego mensualmente durante 1 año, en el ambulatorio del Hospital de la Mujer (Fig. 4)

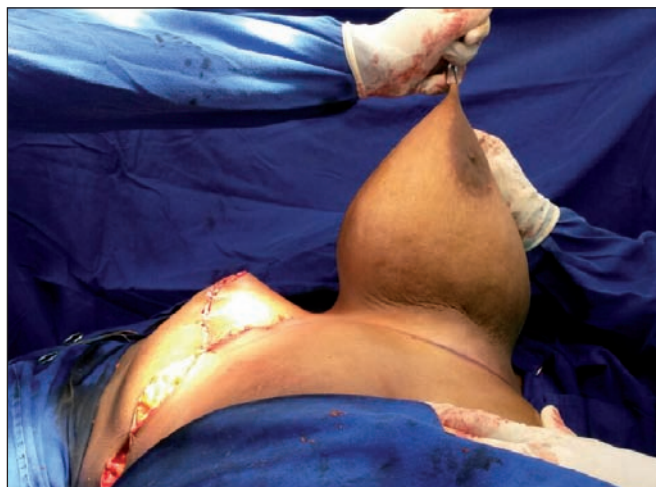


Fig. 4. Gigantomastia extrema, Retirada bilateral de 6.850 gr.

**5ª etapa.** Básicamente de análisis anual del trabajo social realizado, del grado de satisfacción de las pacientes, análisis estadístico demográfico de las pacientes atendidas, definición de protocolos quirúrgicos, estandarización de procedimientos y curativos, publicación de trabajos científicos, análisis de estrategias para divulgación y ampliación del programa, etc.

## RESULTADOS

**De la 1ª etapa.** En 5 selecciones durante 10 años participaron 1.115 mujeres, con una media de 223 mujeres por cada una, de las que un 74% fueron de raza negra y morena.

**De la 2ª etapa.** Identificamos 250 pacientes (22.4%) con gigantomastias extremas (grados 4 y 5) y entre estas identificamos afrodescendencia en un 85%; multiparidad en un 65%; y toma de anticonceptivos farmacológicos en un 68%.

Practicada la visita domiciliar, los asistentes sociales informaron por escrito que 22 pacientes (8.8%) poseían recursos económicos suficientes, por lo que fueron desclasificadas permitiendo la inclusión de otras pacientes.

**De la 3ª etapa.** Cuatro de las pacientes (1.6%) fueron excluidas por hipertensión arterial severa descontrolada y cardiopatía. Así las listas anuales de pacientes candidatas para ser operadas se formaron con entre 20 a 30 pacientes por año, 2 a 3 por mes.

**De la 4ª etapa.** Todas las pacientes fueron operadas en horario matutino y en régimen de internación hospitalaria durante 24 horas. El tipo de anestesia empleada en el 94% de las pacientes fue peridural alta y en 15 (7.3%) fue general.

En todas practicamos resección mamaria en bloque mediante técnica en quilla e injerto del complejo areolo-mamilar (Thorek-Pitanguy), con colocación de drenaje abierto (sonda nasogástrica nº 14-16) durante 24 horas. Para el injerto del complejo areolo-mamilar empleamos siempre curación compresora de Brown durante 15 días.

No hubo complicaciones quirúrgicas, ni hematomas, ni seromas; vale resaltar que siempre usamos drenaje



Fig. 5. Gigantomastia Extrema, Grado 5, Retirada bilateral de 7.230 gr.

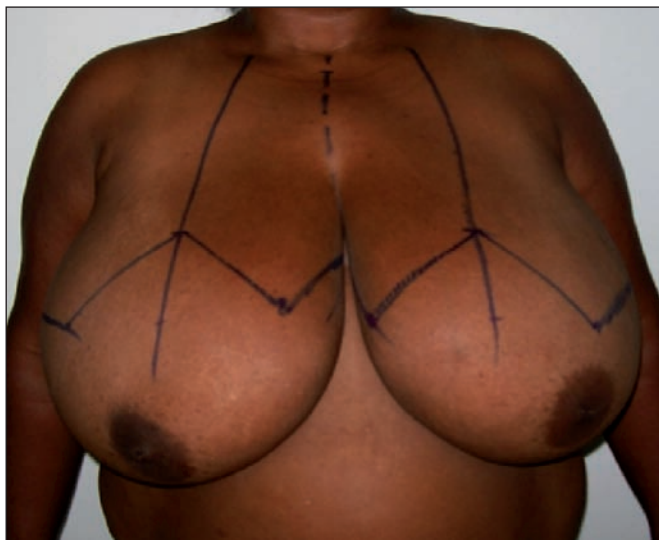


Fig. 6. Preoperatorio en gigantomastia grado 5.



Fig. 7. Postoperatorio al año. Retirada bilateral de 5.300 gr.

abierto. Tres pacientes (1.4%) tuvieron pérdidas parciales mínimas del injerto del complejo areolo-mamilar, que cicatrizaron espontáneamente por segunda intención. Dos pacientes (0.9%) presentaron pequeñas dehiscencias en la unión de la T invertida que también cicatrizaron por segunda intención.

En los exámenes de patología, en 1 caso (0.4%) fue diagnosticado un carcinoma lobular *in situ* en mama izquierda; la cirugía realizada fue considerada por Mastología y Oncología como curativa, por lo que no fueron necesarios otros tratamientos. Once casos (5.3%) presentaron hiperplasia cicatricial (Fig. 5).

**De la 5ª etapa.** La más emocionante, pues en el día a día, en cada cirugía realizada, encontramos la sorpresa de cada paciente en su primer día de postoperatorio en el que se miran al espejo y su sonrisa refleja asombro, alegría, agradecimiento, y en no pocas ocasiones lágrimas de felicidad. Para los profesionales, es la etapa de sentimiento impar al ver que sus actos dejan huella de renacimiento, y en esa simbiosis médico-paciente, la satisfacción con el cumplimiento de los principios de Galeno y de la Cirugía Plástica (Fig. 6 y 7).

Por otro lado, realizamos en cada año 2 reuniones, una con el equipo y otra con las pacientes que hayan cumplido de 6 meses a 1 año de postoperatorio. Así hemos ido reconfirmando los requisitos para selección de pacientes, hemos perfeccionado el esquema de atención en las selecciones para optimizar el tiempo, y hemos implementado mejoras estructurales para el público asistido, como alimentación, sillas, tiendas de cobertura, seguridad, logística de documentación, así como la realización de una charla de información previa a la evaluación.

En el análisis de satisfacción de las pacientes obtuvimos un grado de satisfacción altísimo, del 99%; solamente 2 pacientes (1%) manifestaron estar muy satisfechas con el volumen mamario reducido, pero insatisfechas con el tamaño en T de las cicatrices.

Después del primer año del proyecto, algunos aspectos quedaron estandarizados de la siguiente manera: divulgación de la campaña en prensa escrita, radio, televisión e internet, un mes antes de la misma. Día de la selección de las pacientes en el mes de octubre cada 2 años. Divulgación de la lista de pacientes seleccionadas entre 30 a 60 días tras la selección. Cronograma de exámenes prequirúrgicos. Cronograma de las cirugías anuales, con 2 a 3 pacientes cada mes. Revisiones clínicas semanales en el primer mes de postoperatorio y cada 2 meses durante 1 año.

La clasificación clínica de hipertrofia mamaria propuesta y empleada por nosotros, de grado 1 a 5, en la selección previa, se mostró coherente con la media de tejido mamario retirado en las pacientes operadas. Así en las de grado 4 llevamos a cabo adenectomías superiores a 4 kg, y en las de grado 5 volúmenes superiores a 5 kg, confirmando el diagnóstico de gigantomastias extremas.

También estamos desarrollando varias ideas para publicaciones científicas, demográficas, antropométricas, sobre procedimientos anestésicos, quirúrgicos, tipo de curativos, etc., de las cuales una ya fue culminada y publicada en Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana en 2017,<sup>(3)</sup> con un estudio pionero clínico estadístico sobre el uso de corticoterapia profiláctica transquirúrgica en la hiperplasia cicatricial en mamoplastias reductoras.

En las revisiones postoperatorias practicadas identificamos 20 pacientes (9.8%) con diferentes grados de sensibilidad en las mamilas y 2 mujeres que dieron lactancia a los 2 y 3 años de la intervención quirúrgica.

## Discusión

Ante el objetivo fundamental de recuperar función, imagen y dignidad de las pacientes que sufren con su gigantomastia, creemos que esta labor voluntaria se convierte en una acción humanitaria, especialmente en una región brasileña donde probablemente los rasgos de afrodescendencia, notoriamente marcados, sean una de las causas principales de su gran incidencia, y además en áreas del interior del nordeste brasileño donde la escasez de atención pública, de infraestructuras y de especialistas, es severa. En el Estado de Bahía, con 15.2 millones de habitantes (2015), hay 200 cirujanos plásticos, la mayoría ubicados en su capital, Salvador, y solamente un 15% en el interior.

Por otro lado, al escribir este texto, cómo hacer discusión de un programa altruista, pues en si es una práctica de la compasión y de la realización profesional, ya que todo cirujano plástico es un reparador, un reconstructor, y en esa magia quirúrgica obtenemos satisfacciones inmensurables que marcan nuestra existencia y la de las pacientes, quienes nos retribuyen con sus miradas de agradecimiento y la sonrisa de su alegría interior; además para ellas, sus relaciones de sexualidad, familiares, sociales y laborales, se ven también beneficiadas con dicha reintegración.

Este tipo de acción y sus excelentes resultados también desmitifica la Cirugía Plástica, pues a veces es vista como fútil. Sobre todo porque denuncia la postración física y psicológica de muchas mujeres que sufren una deformidad que las aflige en todos los niveles de su vida y que cuando alcanzan la solución quirúrgica, mejoran gracias a nuestra actividad quirúrgica su calidad de vida.

Para nuestra especialidad, también se abren las puertas a departamentos de tratamiento de patologías específicas que creemos que, con la concienciación de los gestores de salud, permiten que estas enfermedades queden incluidas en sus políticas en pro del bienestar de la población, aumentando a la vez nuestras áreas de actuación y de desarrollo científico como especialistas.

De acuerdo con numerosas publicaciones, utilizamos en estos 10 años para las reducciones mamarias la técnica de Thorek, reducción mamaria con injerto, en combinación con la técnica de Pitanguy, T invertida con pilares para la neomama, demostrando al igual que otros autores que son procedimientos de ejecución práctica, rápida, con buenos resultados y con mínima morbilidad, condiciones todas ellas de gran interés para nuestro sistema de trabajo en este tipo de programas altruistas.

Tuvimos la suerte de que lo que se inició como campañas esporádicas evolucionó a través de la información y concienciación de los órganos públicos hacia una fase superior, creándose un programa institucional permanente que ayuda de manera continua al tratamiento de esta patología y cimentando más el nombre de nuestra especialidad.

Citando a la colega Paula Arroyo Fonseca (México)



Fig. 8. Cirujano plástico Dr. Ito Meireles; instrumentadora Liliane Brito.



Fig. 9. De izquierda a derecha: Dr Cesar Kelly Villafuerte, Dr Edimar Ramos, Dr Mauricio Pinto Souza, Instrumentadora Adiniulza Alves, Dr Raul Daza (Colombia) y las enfermeras Ana, Liliam y Monica del Hospital de la Mujer.

cuando se refiriere a ambos, pacientes y médicos: “salimos fortalecidos, y a todos nos tocó el corazón y el alma, porque no solo se reconstruyeron cuerpos, ¡sino que construimos vidas!”<sup>(4)</sup>

Vemos con alegría como este ejemplo de trabajo voluntario institucional se va implementando en otras ciudades e instituciones de nuestro estado, como en el Hospital de la Mujer de la capital Salvador, en el Hospital de la ciudad de Mata de Sao Joao y en la Facultad de Medicina FTC.

Nuestro agradecimiento a todas las personas que con dedicación colaboran en el programa (Fig. 8 y 9); sería muy extenso para este artículo nombrar una a una, pero me permito agradecer a las siguientes en representación de cada clase:

- Dr. Mauricio Pinto Souza, cirujano plástico de Feira de Santana.
- Dr. Rómulo Romano, cirujano plástico de Salvador.
- Dr. Válber Menezes, cirujano plástico de Jacobina.
- Dr. Felipe Magalhaes, cirujano plástico de Vitoria da Conquista.
- Dr. Hermano Marinho, cirujano plástico de Aracaju-Sergipe.
- Dra. Edilma Reis, Ex-Directoria y personal del Hospital Cleriston Andrade de Feira de Santana.
- Enfermera Charline Portugal, Directora y personal del Hospital de la Mujer de Feira de Santana.

- Dr. Edimar Ramos, Anestesiólogo de Feira de Santana.
- Sra. Adinilza Moreira, instrumentadora quirúrgica y asistente.
- Dr. Rodrigo Santos, residente de Cirugía Plástica.
- Sra. Maria de Lourdes Santana, voluntaria de la Asociación Cultural Negra Odunje.
- Dr. Colbert Martins filho y Alcaldía de Feira de Santana
- Directora Gilbert Lucas, Fundación Hospitalar Ignacia Pinto dos Santos.

Por último, traducimos del portugués al español una de las varias cartas recibidas de agradecimiento por parte de las pacientes y sus familias:

*“Para toda el equipo y cirujanos plásticos del Hospital de la Mujer:*

*Hola! No puedo encaminar a un nombre, pues sé que son varias las manos envueltas en esta obra. Pero no puedo callarme ante el gesto lindo de ustedes. Vengo a través de esta cartica a expresar el agradecimiento de nuestra familia y amigos, por la realización del sueño de nuestra princesa. Y siempre que realicen una, acuérdense que ustedes dan una gran felicidad en nuestros corazones. El amor que sentimos por nuestra Negra es tan grande, que ya amamos a cada uno de ustedes, mismo sin conocerlos, pues el agradecimiento es algo que esa bajita, que les entregará este recadito, siempre nos enseñó. Desde ya quiero decirles que siempre estarán en nuestras oraciones, y que forman y siempre formarán parte de nuestras vidas. Y que el Espíritu Santo del Señor esté con todos ustedes, siempre dándoles protección no solo a ustedes sino también a todas sus familias.*

*El Señor está contemplando toda la sinceridad de ustedes con ese trabajo lindo. Muchas Gracias”*

## Conclusiones

Ayudar al prójimo a través de las manos del especialista hace de este acto altruista un acto de amor; los resultados son para ambos, el paciente rescata su dignidad y el profesional reafirma su satisfacción por reparar.

Además, con información y acción es posible vencer a los organismos gubernamentales para crear programas permanentes de verdadero impacto en el bienestar social.

El PROTG es el primer programa institucional específico en el Brasil y creemos que será un ejemplo para una nueva fase de atención altruista. Repitiendo las palabras del Senador americano Robert Kennedy “Estamos en este mundo para dejar alguna contribución.”

## Dirección del autor

Dr. Cesar Kelly Villafuerte Vélez  
Hospital da Mulher  
Rúa da Barra 705. CEP 44015430  
Feira de Santana – Bahia – Brasil  
Correo electrónico: kelly@gd.com.br

## Bibliografía

1. **Thorek M.** Possibilities in the reconstruction of the human form. *NY Med J.* 1922; 116-572.
2. **Pitanguy I.** Surgical treatment of breast hypertrophy. *Br J Plast Surg.* 1967; 20-78.
3. **Villafuerte CK, Castro A, Villafuerte C.** Corticoterapia transquirúrgica de la hiperplasia cicatricial. *Cir. plást. ibero-latinoam.* 2017, 43(1): 33-39.
4. **Arroyo F, Ortega L.** Campaña de reconstrucción mamaria “Mujeres apoyando mujeres”. *Cir. plást. ibero-latinoam.* 2017, 43(1): 97-102.