

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana

ISSN: 0376-7892

ciplaslatin@gmail.com

Sociedad Española de Cirugía Plástica,

Reparadora y Estética

España

Palacín Casal, J.M.

Mamoplastia transversal en mamas tuberosas

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, vol. 37, núm. 3, julio-septiembre, 2011, pp. 205-214

Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365537871001>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Mamoplastia transversal en mamas tuberosas

Transversal mammoplasty in tuberous breast



Palacín Casal, J.M.

Palacín Casal, J.M.*

Resumen

Con el nombre de mama tuberosa o constricción mamaria se define una malformación congénita de la glándula mamaria femenina, unilateral o bilateral, descrita en 1976 por Rees y Aston y que puede presentarse con diferentes grados de severidad.

Durante estos 40 años se han publicado y utilizado diversas técnicas quirúrgicas de remodelación mamaria destinadas a recrear el polo inferior de la mama mediante colgajos glandulares o incisiones radiales.

Este artículo describe la técnica quirúrgica diseñada por el autor mediante la realización de tres incisiones transversales que abarcan todo el espesor y anchura de la mama y consiguen aportar, al ser utilizadas conjuntamente con la colocación de prótesis anatómicas de gel cohesivo, suficiente volumen al polo inferior mamario para darle una forma correcta que permite corregir adecuadamente un gran porcentaje de mamas tuberosas hipoplásicas.

Abstract

Tuberous breast or constricted breast is a female mammary gland congenital malformation which can be unilateral or bilateral. It was first described by Rees and Aston in 1976. It can be present in different grades of severity.

Numerous surgical techniques have been described during the last 40 years, and the main objective is the re-creation of the lower pole by using glandular flaps or radial incisions.

This article describes a personal surgical technique based on three transverse incisions that include the whole glandular thickness and together with anatomic cohesive gel mammary implants, provide enough volume to the lower pole, achieving a better shape and thus helping to improve a greater percentage of hypoplastic tuberous breast.

Palabras clave Mamas tuberosas, Mamoplastia transversal.

Código numérico 5249-52114

Key words Tuberous breast, Transversal mammoplasty.

Numerical Code 5249-52114

* Especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora. Práctica privada, Centro Médico Teknon. Barcelona, España.

Introducción

Bajo la denominación de mama tuberosa conocemos una malformación de la glándula mamaria femenina, unilateral o bilateral, descrita por primera vez en 1976 por Rees y Aston (1). Desde entonces, se han utilizado diversas denominaciones como mama tubular (2), herniación del complejo areola-pezón (3), mama constricta (4), malformación tipo nariz de Snoopy (5), hipoplasia del polo inferior (6), constricción de la base de implantación mamaria (7), que son en realidad la misma entidad anatómica y clínica: una anomalía mamaria con diversos grados de severidad o desarrollo (8).

El cuadro anatomo-clínico puede ser muy variado, pero presenta ciertas alteraciones típicas. Se trata de un síndrome constrictivo de la base de implantación de la mama que cursa con un mayor o menor grado de dificultad anatómica para completar el desarrollo mamario, especialmente en el polo inferior y también en los polos laterales. Siempre encontraremos un surco submamario elevado, una mayor o menor herniación glandular a través del complejo areola-pezón que se distiende y un pobre desarrollo de los polos ífero-laterales de la mama.

La etiología de la deformidad es desconocida. En la actualidad, no existen pruebas de predisposición familiar y no se ha establecido ninguna conexión con errores en la diferenciación de la glándula mamaria que se produce precozmente durante la gestación. Parece ser constante un cierto engrosamiento anómalo de la fascia superficialis de la mama, generalmente del polo inferior, que evita el normal desarrollo en esta zona a través de la formación de un auténtico anillo de constricción. Gleasner en 1930 (9) afirmó que esta malformación podía corresponder a una regresión filogenética, basándose en el hecho de que la mama tuberosa presenta una cierta semejanza con la mama animal.

La corrección de esta deformidad, en sus diferentes grados, es exclusivamente quirúrgica. Diversos autores han descrito técnicas destinadas a resolver este complejo problema: Rees y Aston (1), Vecchione (10), Bass (3), Gruber (5), Williams (2), Temourian y Adham (11), Maiillard (12), Dinner y Dowden (13), Elliot (14), Azzolini y Parodi (15), Reynaud (16), Brink (6), Puckett (7), Auclair y Mitz (17), Wilkinson (18), Muti (19), Ribeiro (20), Mandrekas (21), Oroz (22), entre otros. Todos estos trabajos son descripciones de técnicas de remodelación mamaria destinadas a recrear el polo inferior mediante la utilización de colgajos glandulares o mediante incisiones radiales o cruciformes.

De igual forma, varios autores han intentado una clasificación de esta anomalía, reconociendo 3 ó 4 posibles variantes. Grolleau en 1999, recurriendo a la división de la mama en cuatro cuadrantes, determinó 3 grados de deformidad: grado 1 si el defecto de desarrollo está limitado al cuadrante ífero-interno; grado 2 si el defecto de

desarrollo afecta ambos cuadrantes inferiores; grado 3 si el defecto de desarrollo afecta a todos los cuadrantes y la base de implantación mamaria está disminuida en sus diámetros vertical y horizontal (8).

Von Heinburg en 1996 y posteriormente en el 2000, definió 4 tipos de mama tuberosa. Respecto a Grolleau, diferenció la hipoplasia de los cuadrantes inferiores en relación a un déficit cutáneo en el área entre el margen inferior de la areola y el surco submamario: tipo 1 hipoplasia del cuadrante ífero-interno; tipo 2 hipoplasia de los cuadrantes inferiores, sin déficit cutáneo en la región subareolar; tipo 3 hipoplasia de los cuadrantes inferiores con déficit cutáneo en la región subareolar; tipo 4 constricción mamaria severa con déficit de desarrollo de la totalidad de la base de implantación mamaria (23, 24).

Material y método

Nuestra experiencia en tratamiento de mamas tuberosas abarca 518 casos intervenidos bajo esta denominación durante los últimos 23 años.

Durante años, utilizamos las clásicas técnicas de incisiones radiales en el polo inferior mamario con finalidad expansora a ese nivel, pero que frecuentemente resultaron insuficientes. También recurrimos a la utilización de expansores tisulares con resultados poco satisfactorios. Mejores fueron los resultados obtenidos con la utilización de colgajos glandulares tipo Puckett, aunque la dificultad técnica que entraña su realización desembocó en algunas complicaciones que nos abocaron a modificar la técnica inicial para hacerla más segura y reproducible.

Así pues, nuestra evolución técnica unida a la de las prótesis de gel cohesivo conformadas anatómicamente, ha desembocado en la sistematización en los últimos años de una técnica quirúrgica reglada que creemos es adaptable a la mayoría de casos de síndrome constrictivo tuberoso hipoplásico, para su correcto tratamiento.

Para su exposición analizaremos 50 casos intervenidos con esta sistemática entre los años 2008 y 2010 con la finalidad de corregir diversos grados de mamas tuberosas hipoplásicas. El grupo ha sido estudiado por edad, grado de anomalía, uni o bilateralidad de la deformidad y presencia de asimetría mamaria.

Respecto a las 50 mujeres estudiadas, cuyas edades oscilan entre los 17 y los 32 años con una media de 23,2 años, el 90% presentaban asimetría mamaria. En el 80 % de los casos la malformación era bilateral y sólo en el 20% de los mismos era unilateral.

En total, fueron intervenidas para corregir el mayor o menor grado de tuberosidad 80 mamas. De estas 80 mamas tratadas según la clasificación de Von Heinburg del 2000 (27), 18 mamas (22,50 %) correspondían al tipo 1; 28 mamas (35%) al tipo 2; 21 mamas (26,25%) al tipo 3 y 13 mamas (16,25%) al tipo 4.

Las opciones de que a nuestro entender disponemos

para corregir las mamas tuberosa hipoplásicas y asimétricas son: utilizar diferentes prótesis anatómicas, remodelar la glándula mamaria y practicar, si es preciso, extirpaciones cutáneas para simetrizar forma y localización del complejo areola-pezón.

El abordaje quirúrgico para el tratamiento de todos los casos se realizó sistemáticamente por vía submamaria, intentando colocar la incisión en el futuro surco submamario. La localización de la incisión submamaria se fundamenta en la elasticidad de los tejidos en el polo inferior de la mama y en las características de la prótesis anatómica a utilizar. Este acceso facilita, a nuestro entender, el despegamiento de la base mamaria, el tratamiento glandular y la colocación de la prótesis.

La utilización de prótesis anatómicas aporta a nuestro juicio varios elementos positivos en este tipo de casos. Al tratarse de mamas frecuentemente asimétricas, la opción de utilizar prótesis de diferentes tamaños y forma aportará una buena opción de simetrización. En este mismo sentido la utilización de prótesis anatómicas, especialmente las de proyección completa o extra en polo inferior, ayudará a distender y mantener en el postoperatorio los tejidos recolectados a este nivel, configurando unos cuadrantes inferiores mejor definidos.

En nuestra casuística, empleamos prótesis anatómicas en todos los casos del grupo de estudio y fueron de diferente tipo y tamaño en el 60 % de los casos clínicos bilaterales. El tamaño varió desde 195 gr hasta 335 gr, todas ellas anatómicas y proyección completa. El bolsillo donde fueron colocadas las prótesis en función del tamaño de las mismas y del test del pellizco en polo superior mamario, fue del 66% retropectoriales según técnica dual (25) y 34% subfasciales (26).

La técnica dual utilizada en estos casos limita siempre la liberación del pectoral mayor a su inserción inferior, preservando cualquier liberación en la región esternal, que asociada a la disección subfascial previa, desembocaría en una importante retracción del pectoral mayor que debemos evitar.

En la remodelación de la glándula mamaria partimos del principio de que la mayor o menor constrictión existente ha dado lugar a un mayor o menor “apelotonamiento” o acumulación glandular en los cuadrantes superiores de la mama. Es decir, la glándula que falta en los polos inferiores está acumulada en los superiores. Las técnicas de remodelación glandular estarán destinadas a redistribuir la glándula “apelotonada” hacia las zonas inferiores deficitarias. En los últimos años hemos introducido la realización, siempre por vía submamaria y previa disección subfascial de la base de la mama, de 3 grandes y profundas incisiones transversales (Fig. 1a), que prácticamente llegan hasta la dermis y que conjuntamente con la utilización de prótesis anatómicas, facilitan una descompresión y posterior traslación glandular especialmente hacia polos inferiores. Así, las incisiones transversales crean colgajos de deslizamiento entre los

cuales persistirán zonas huecas, sin glándula. La nueva situación glandular, mantenida y potenciada por la presión que ejercen las prótesis anatómicas sobre la glándula (Fig. 1b), favorece el desarrollo tisular, como si de un distractor quirúrgico se tratase. La descompresión realizada con las 3 incisiones sobre el compartimento glandular se traduce, en muchos casos, en la mejoría franca o incluso en la desaparición de la herniación glandular a través de la areola que ofrecía un aspecto de biberón y que queda corregido en ocasiones sin necesidad de otros tratamientos coadyuvantes en la región areolar (Fig. 2).

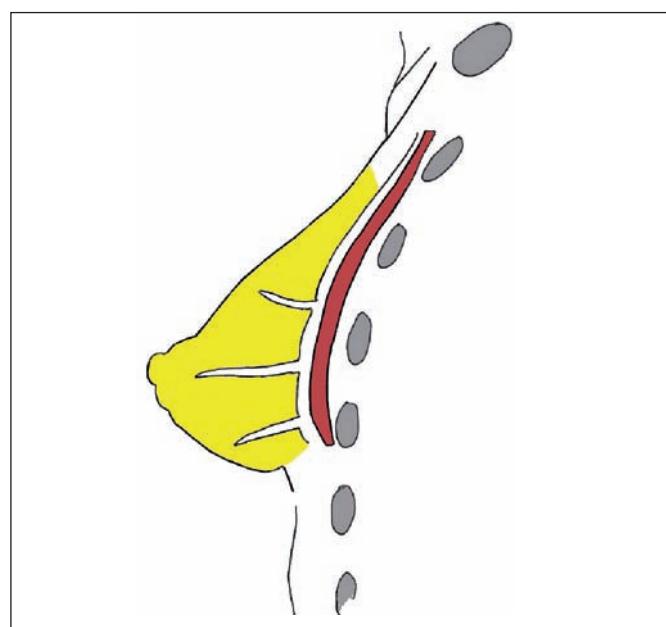


Fig. 1a. Tres incisiones glandulares transversales realizadas desde un acceso submamario previa disección subfascial de la base constrita de la mama tuberosa.

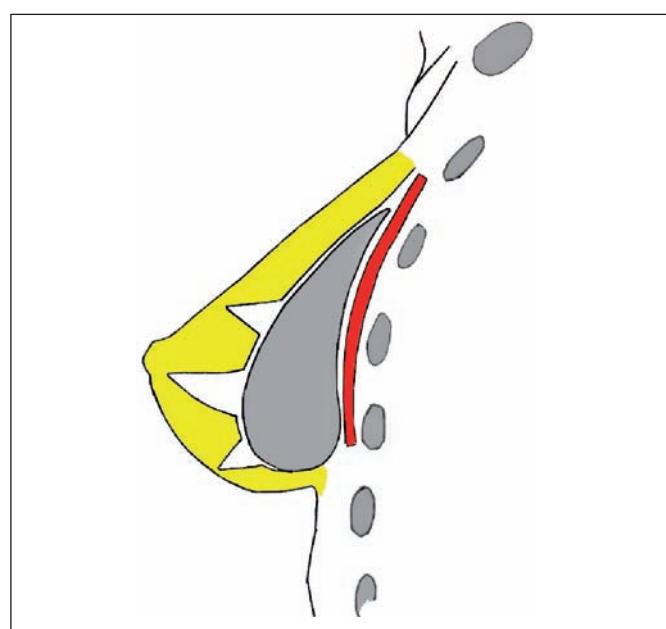


Fig. 1b. Colocación de una prótesis anatómica subfascial o retropectoral, según tamaño, que facilita y mantiene el desplazamiento inferior de los colgajos de deslizamiento creados.

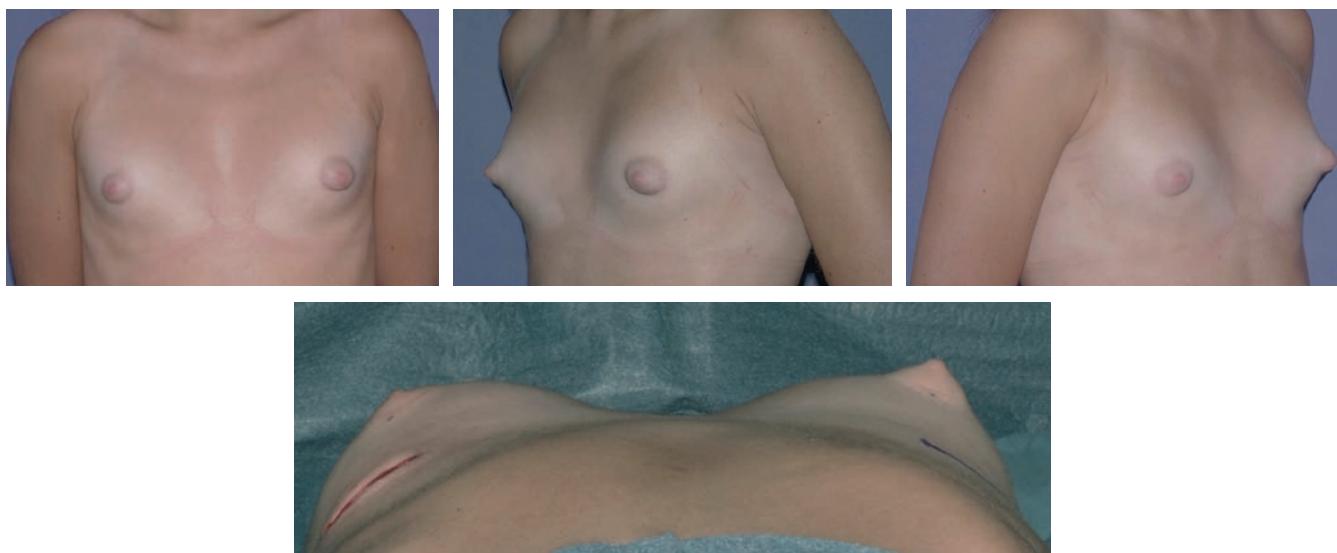


Fig. 2. Vía submamaria. Remodelación glandular mama derecha mediante tres incisiones glandulares transversales, en una deformidad tipo 3. Corrección de la herniación glandular en decúbito supino preoperatorio.

Las incisiones transversales, que realizamos con bisturí de colorado, deben limitarse a 3 para preservar una adecuada vascularización glandular; deben ser profundas, respetando la dermis y por tanto el plexo subdérmico y deben abarcar toda la anchura de la base de implantación de la mama. La incisión central debe hacerse coincidir con la areola, penetrando en su espesor, de forma que facilite la descompresión de los tejidos a este nivel y favorezca la corrección de la herniación glandular a través del complejo areola-pezón.

En nuestras manos, este tipo de incisiones transversales asociadas a la utilización de prótesis anatómicas se han demostrado sumamente útiles para casos de mamas tuberosas de los tipos 2, 3 y 4 de la clasificación de Von Heimburg.

La otra opción de remodelación mamaria que utilizamos consiste en la realización de un colgajo glandular reverso (Fig. 3) de tipo axial, que desplaza tejidos desde los cuadrantes súpero-externos hacia los ínfero-internos, y que resulta ser de gran utilidad en mamas tuberosas de tipo 1 de Von Heimburg. Preconizamos la realización de este colgajo glandular reverso, en algunos aspectos similar al descrito por Puckett (7), desde la incisión submamaria que practicamos en el nuevo surco submamario. Desde este acceso, previo despegamiento subfascial de toda la base de implantación mamaria, disecamos el colgajo glandular de forma reversa, haciendo coincidir la base del mismo con el diámetro diagonal de la areola, ayudándonos de una punta de bisturí de colorado larga y acodada. La preservación de la vascularización del plexo subdérmico al no utilizar la vía periareolar para la realización de este colgajo de difícil ejecución, creemos que asegura su viabilidad. El colgajo glandular reverso una vez traspuesto al polo ínfero-interno de la mama, cumple una doble función de redistribución de tejidos al descomprimir el polo súpero-externo y llenar el ínfero-interno, donde se fija mediante suturas. El espe-

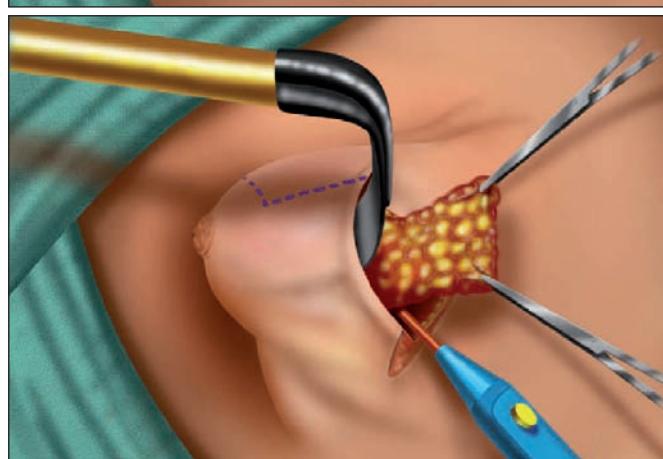
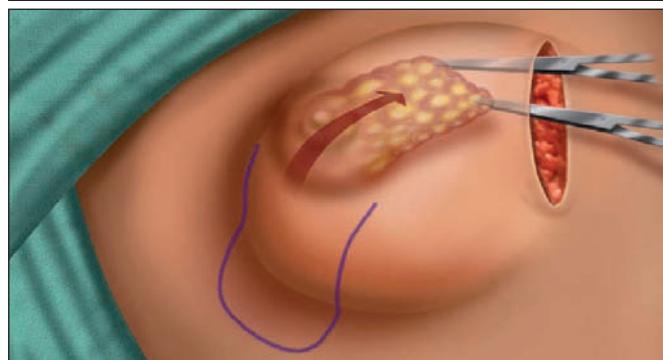
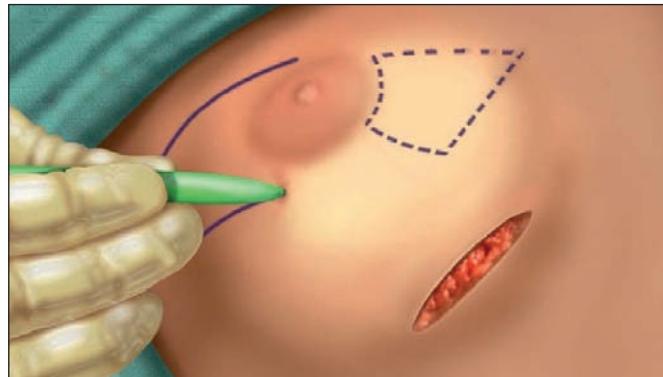


Fig. 3. Vía submamaria. Colgajo glandular reverso de polo súpero-externo para corregir defecto en polo ínfero-interno, en deformidades tipo 1.

sor de este colgajo deberá ajustarse a las necesidades de cada caso, evitando excesos que conllevarían depresiones en la zona donante o déficits que limitarían su viabilidad. De ahí, que junto a la disección reversa, este colgajo tenga una compleja realización que requiera de una curva de aprendizaje.

Las extirpaciones cutáneas para simetrizar forma, tamaño y localización de los complejos areola-pezón, deben realizarse según necesidades, una vez finalizado el tratamiento glandular y la colocación de las prótesis.

La técnica básica utilizada será la de *round-block* (27) que incluye desepidermización de gran parte de la areola y colocación de una sutura circular continua que nos permitirá realizar un fruncimiento adecuado de la piel alrededor del nuevo complejo areola-pezón, lo que aportará la completa corrección de la herniación glandular a través

de la areola y una nueva forma, más redondeada, a la nueva mama. Dado que la sutura ideal para este fin es una sutura permanente, aconsejamos el correcto emplazamiento subdérmico de la misma, así como la utilización de un material con cierta elasticidad tipo gore-tex, que facilite su camuflaje.

La correcta realización de esta técnica, con una sutura final libre de tensión, suele desembocar en una cicatriz periareolar de buena calidad. Sin embargo, dada la edad de las pacientes, es recomendable discutir detalladamente con ellas la conveniencia o no de incluir este apartado en la intervención a realizar. En casos seleccionados, puede no ser desagradable una cierta memoria de la imagen de biberón del complejo areola-pezón, siempre y cuando se haya conseguido corregir completamente el defecto en el polo inferior, lo que en ocasiones ayuda a resolver com-

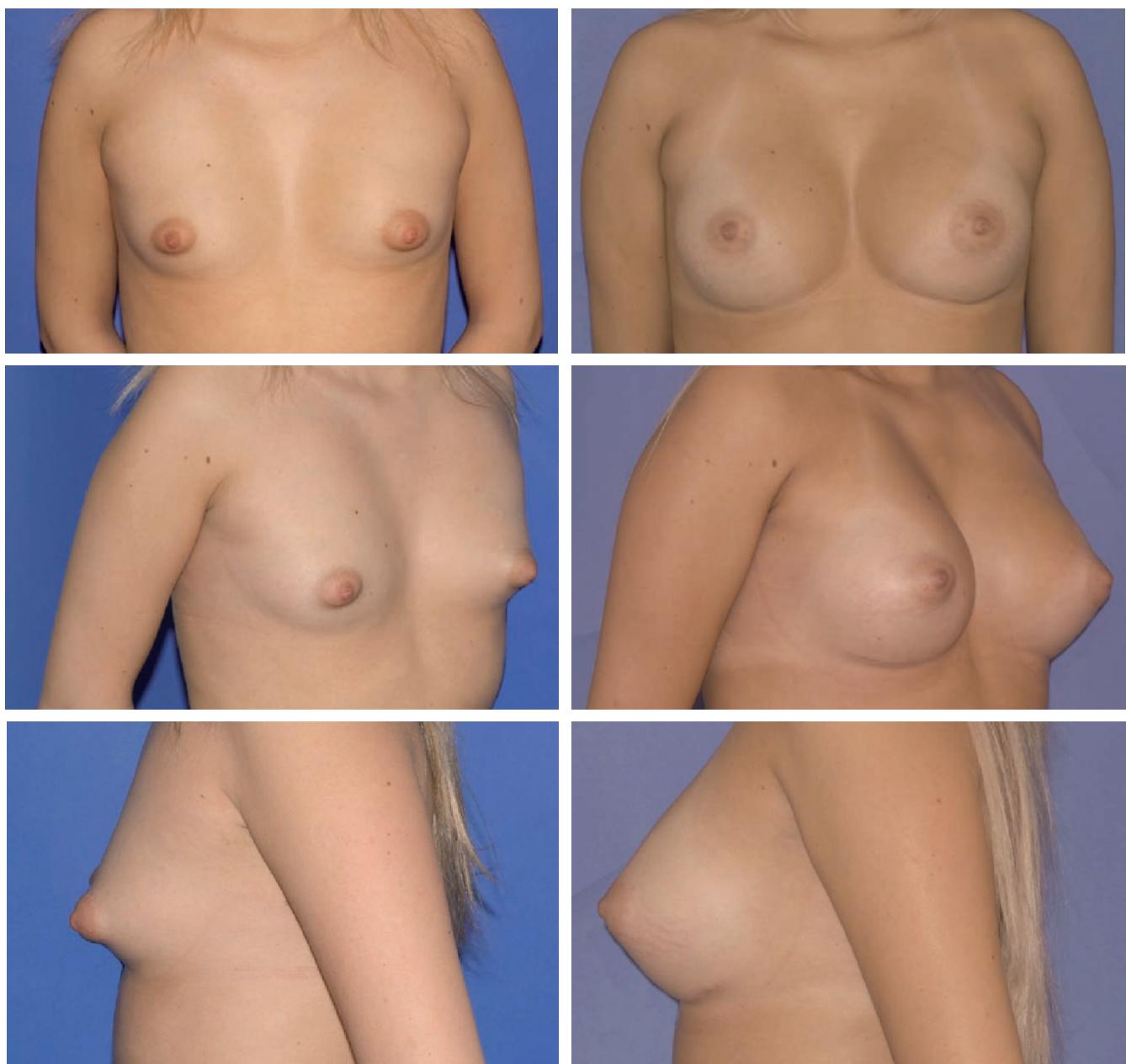


Fig. 4. Síndrome tuberoso con deformidad tipo 3 corregida mediante tres incisiones glandulares transversales y prótesis anatómicas de proyección completa de 330 gr., plano retropectoral-dual, sin incisiones periareolares. Postoperatorio de 1 año.

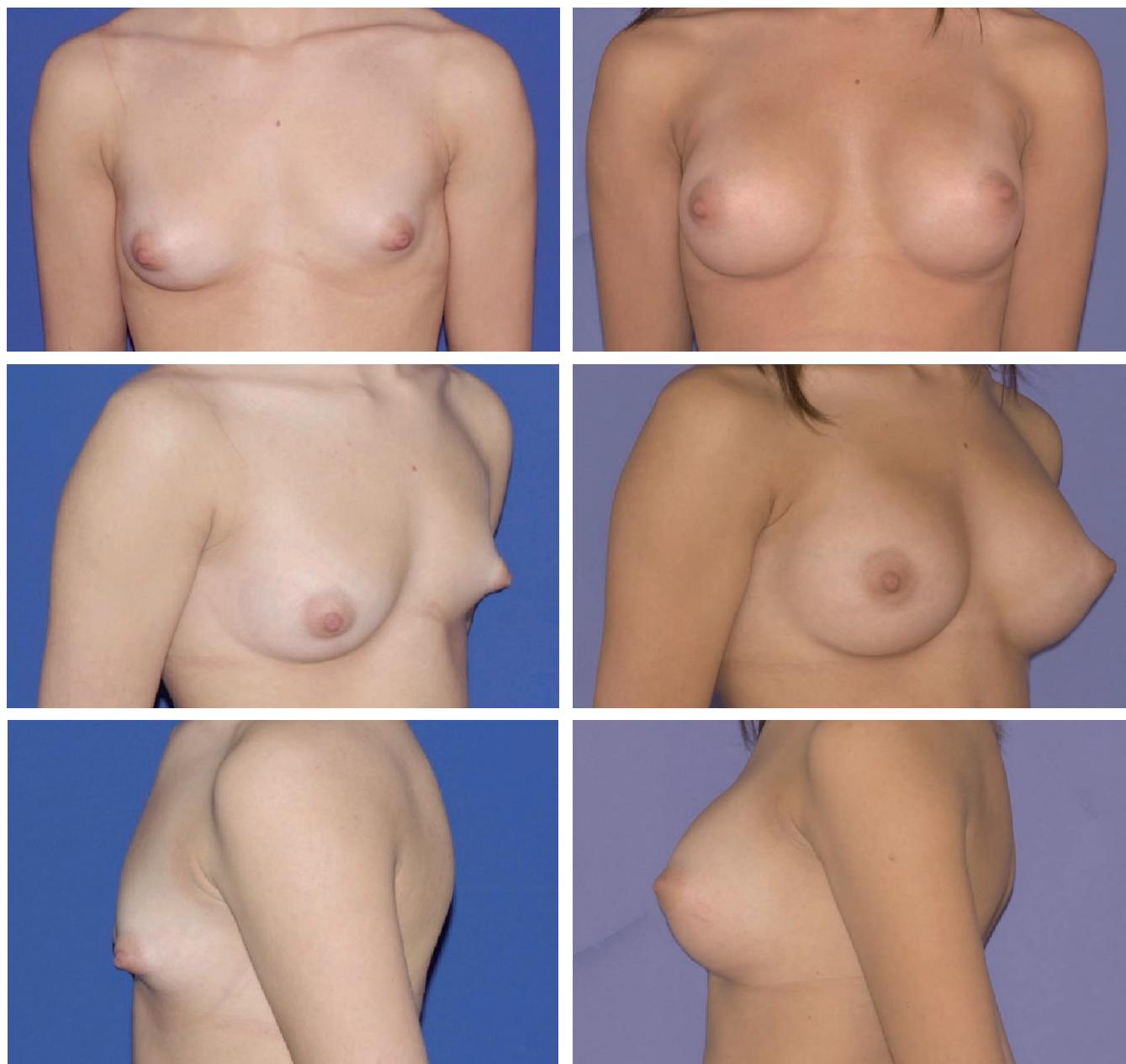


Fig. 5. Síndrome tuberoso asimétrico. Mama izquierda con deformidad tipo 1 compleja corregida mediante colgajo glandular reverso y prótesis anatómica de proyección completa de 295 gr., plano retropectoral-dual . Mama derecha con microsíndrome tipo 2 corregida mediante tres incisiones glandulares transversales y prótesis anatómica de proyección completa de 195 gr., plano retropectoral-dual, sin incisiones periareolares. Postoperatorio de 1 año.

pletamente la realización del round-block periareolar. Entre las 80 mamas tratadas en este sentido, realizamos esta técnica en el 47,5% de las mismas

No tuvimos ninguna complicación tipo hematoma o seroma entre las pacientes del grupo de estudio (Fig.4-7).

Discusión

En nuestra opinión, la selección y manejo de las diferentes opciones de que disponemos para corregir diversas presentaciones del síndrome tuberoso mamario, es la llave del éxito en este difícil desafío terapéutico que representa la corrección de una mama tuberosa.

Creemos que es de suma importancia explicar a las

pacientes la naturaleza y dificultad del problema; así podrán comprender mejor las dificultades para conseguir resultados excelentes y nos permitirán frecuentemente poder tomar decisiones terapéuticas en el transcurso de la intervención, según los resultados que vayamos obteniendo. Es fundamental que comprendan que no se trata de una mama pequeña como la de otras amigas que han realizado aumentos mamarios poco complejos. Es también importante estar atentos a la posible existencia de microsíndromes tuberosos que pueden pasar fácilmente desapercibidos en el transcurso de una densa tarde de consultas. Pensemos siempre en ellos cuando veamos mamas asimétricas y con surcos submamarios altos.

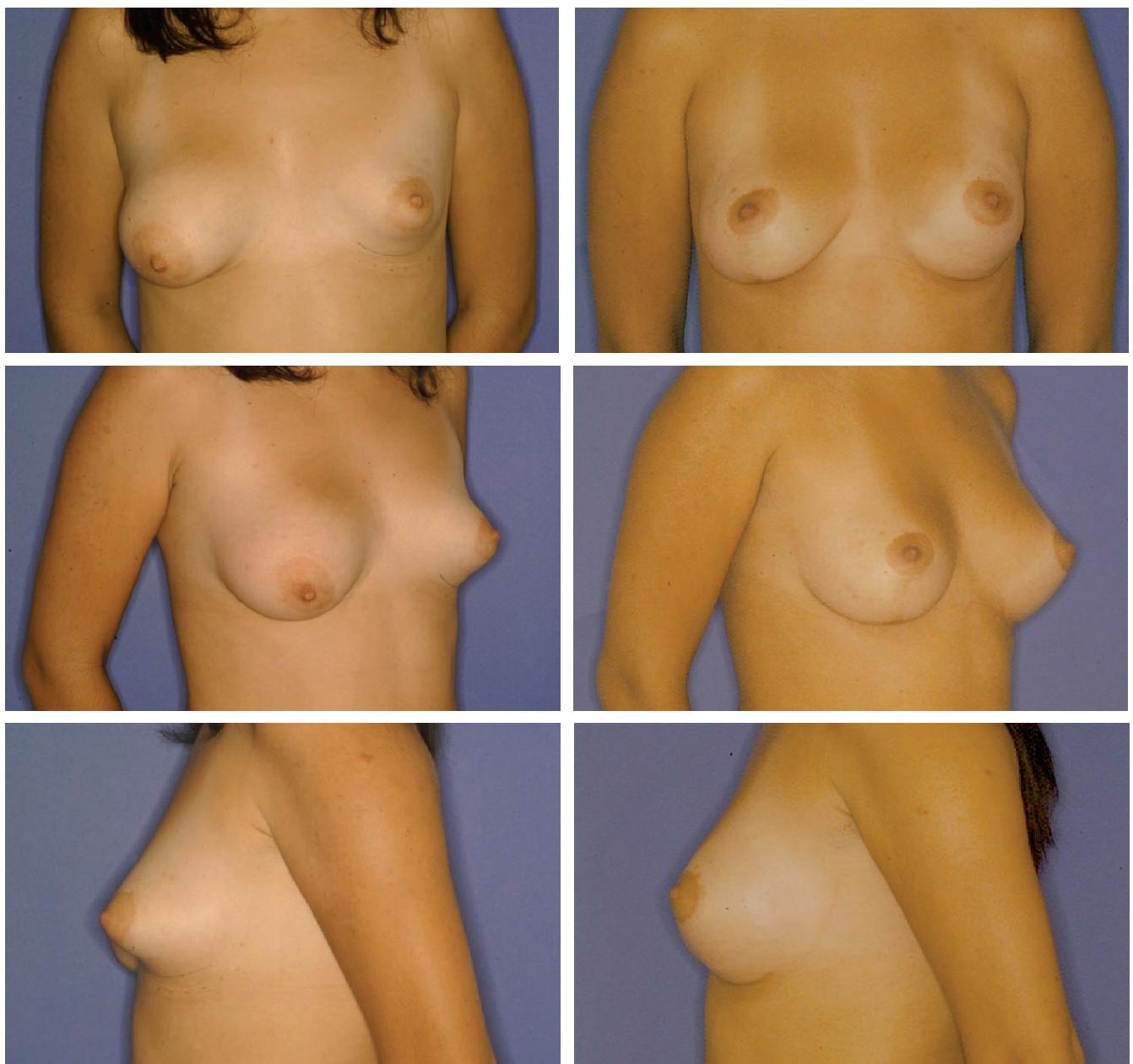


Fig. 6. Síndrome tuberoso asimétrico. Mama izquierda con deformidad tipo 2 corregida mediante tres incisiones glandulares transversales, prótesis anatómica de proyección completa de 255 gr., plano subfascial y *round-block* periareolar. Mama derecha con deformidad tipo 3 asociada a ptosis, corregida mediante elevación en T invertida y técnica de Ribeiro. Postoperatorio de 1 año.

En el apartado de complicaciones, debemos destacar en nuestro grupo de estudio la presencia de contractura capsular moderada en 3 mamas, 2 subfasciales y 1 retropectoral, que requirió tratamiento quirúrgico adicional en uno de los casos. También fue necesario realizar 2 revisiones de cicatrices ensanchadas en la región periareolar.

Los resultados derivados de la utilización de las 3 incisiones transversales han sido sorprendentes para nosotros. Empezamos utilizando las para tratar microsíndromes y deformidades tipo 2 y 3; al observar en muchos casos la completa corrección de la herniación glandular a través del complejo areola-pezón, sin tratamiento cutáneo periareolar asociado, decidimos realizar la técnica en casos más complejos en los que, a nuestro modo de en-

tender, las incisiones transversales previa disección subfascial de toda la base constricta de la mama, posibilitan una redistribución glandular que se perpetua y completa con la utilización de prótesis anatómicas adecuadas a cada caso. En los casos más complejos, la deformidad termina por corregirse gracias a la tensión externa que implica la realización de una extirpación adecuada de piel en la región periareolar.

Durante el último año hemos tratado varios casos de deformidad tipo 1 de Von Heimburg con hipoplasia del cuadrante ínfero-interno mediante una modificación de las 3 incisiones transversales que han sido transformadas de horizontales en oblicuas para intentar aportar tejidos más selectivamente al cuadrante ínfero-interno.

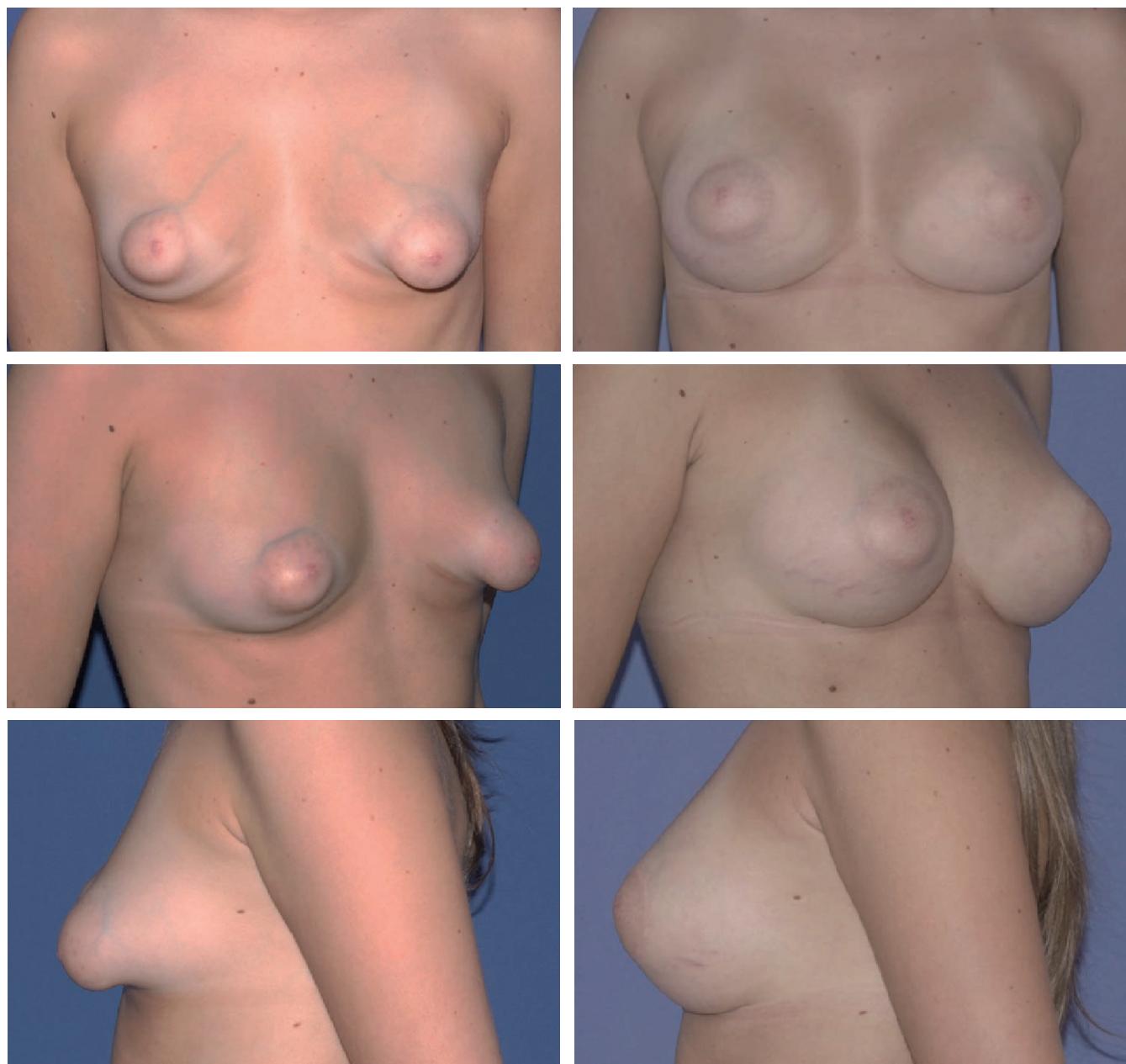


Fig. 7. Síndrome tuberoso asimétrico. Mama izquierda con deformidad tipo 4 corregida mediante tres incisiones glandulares transversales, prótesis anatómica de proyección completa de 255 gr., plano subfascial y round-block periareolar. Mama derecha con deformidad tipo 2 corregida mediante tres incisiones glandulares transversales, prótesis anatómica de proyección moderada de 245 gr., plano subfascial y round-block periareolar. Postoperatorio de 1 año.

Los resultados inmediatos han sido alentadores, pero debemos esperar algún tiempo para valorarlos como definitivos.

Unas 25 pacientes han sido sometidas a ecografía mama 1 año después de haber sido tratadas de su síndrome tuberoso mediante la técnica descrita. Todas ellas han sido informadas favorablemente, no evidenciándose zonas cicáticas o de necrosis grasa conflictivas. Serían sin embargo necesarias nuevas y más detalladas exploraciones complementarias para corroborar estos indicios. La corta edad de la mayoría de estas pacientes no ayuda a protocolizar exploraciones más agresivas, que serían tal vez más demostrativas.

Conclusiones

Creemos sinceramente que las técnicas quirúrgicas descritas en este artículo pueden ayudar a mejorar el tratamiento de un tipo de deformidad mamaria de variada presentación y difícil abordaje. Entre sus mejores virtudes cabe destacar su sencillez y fácil reproducción y adaptabilidad a las diversas presentaciones del síndrome tuberoso mamario. La experiencia y la sensibilidad de cada cirujano plástico ayudarán a utilizar las opciones de tratamiento (prótesis anatómicas, remodelación glandular y remodelación cutánea), según las necesidades de cada caso, para obtener resultados adecuados y estables en el tiempo.

Dirección del autor

Dr. José María Palacín Casal
C/ Marquesa de Vilallonga, 12 Desp. 39-40
08017 Barcelona, España.
e-mail: palacin@dr.teknon.es

Bibliografía

1. **Rees Td, Aston SJ:** "The tuberous breast". Clin Plast Surg 1976, 3(2): 339.
2. **Willians G, Hoffman S.:** "Mammoplasty for tubular breast". Aesth Plast Surg 1981, 5(1): 51.
3. **Bass CB.** "Herniated areolar complex". Ann Plast Surg 1978, 1(4): 402.
4. **Bostwick J.** "Plastic and reconstructive breast surgery". St. Louis: Quality Medical Publishing, 1990.
5. **Gruber RP, Jones HW Jr.:** "The "donut" mastopexy: Indications and complications". Plast Reconstr Surg 1980, 65(1): 34.
6. **Brink RR.** "Evaluating breast parenchymal maldistribution with regard to mastopexy and augmentation mammoplasty". Plast. Reconstr. Surg. 1990, 86: 15.
7. **Puckett CL, Concannon MJ.:** "Augmenting the narrow-based breast: The unfurling technique to prevent the double-bubble deformity". Aesthetic Plast. Surg. 1990, 14: 15.
8. **Grolleau JL, Lanfrey E, Lavigne B, Chavoin JP, Costagliola M.:** "Breast base anomalies: Treatment strategy for tuberous breasts, minor deformities, and asymmetry". Plast. Reconstr. Surg 1999, 104(7): 2040.
9. **Glaesner E.:** "Die Formfehler und Plastischen Operationen der weiblichen Brust". Stuttgart. Ferdinand Enke, 1930.
10. **Vecchione TR.:** "A method for recontouring the domed nipple". Plast Reconstr Surg 1976, 57:30.
11. **Teimourian B, Adham MN.:** "Surgical correction of the tuberous breast". Ann Plast Surg 1983, 10(3):190.
12. **Maillard GF.:** "A Z-mammoplasty with minimal scarring". Plast Reconstr Surg 1986, 77: 66.
13. **Dinner MI, Dowden RV.:** "The tubular/tuberous breast syndrome". Ann Plast Surg 1987, 19(5):414.
14. **Elliot MP.:** "A musculocutaneous transposition flap mammoplasty for correction of the tuberous breast". Ann Plast Surg 1988, 20(2):153.
15. **Azzolini C, Parodi PC.:** "Su di un caso di mastocele transareolare (tuberous breast) consequito a toracotomia laterale precoce". Minerva Chir 1988, 47(17):1409.
16. **Reynaud JP, Gary-Bobo A, Baron JL, Bousquet P, Dessus B.:** "Les seins tubereux: Reflexions cliniques et therapeutiques". a.C. chir plast Esthet 1990, 35(6): 453.
17. **Auclair E, Mitz V.:** "Cure de la ptose mammaire par mise en place d'un soutiengorge interne resorbable et cicatrice periareolaire". Ann Chir Plast Esthet 1993, 88(1):107.
18. **Wilkinson TS.:** "Problems and problem solving". In: Wilkinson TS, Aiache AE, Toledo LS (eds). Circumareolar Techniques for Breast Surgery. Springer Verlag. 1995, 12 Pp: 194-198.
19. **Muti E.:** "Personal approach to surgical correction of the extremely tuberous breast". Aesth Plast Surg 1996, 20 (5):385.
20. **Ribeiro L, Canzi W, Buss A Jr, Accorsi A Jr.:** "Tuberous breast: A new approach". Plast Reconstr Surg 2003, 112(4):1099.
21. **Mandrekas AD, Zambacos GJ, Anastasopoulos A, Hapsas D, Lambrinaki N, Ioannidou. L.:** "Aesthetic reconstruction of the tuberous breast deformity". Plast Reconstr. Surg 2003, 112(4):1099.
22. **Oroz J, Pelay MJ, Escudero FJ.:** "Reconstrucción de la mama tuberosa". An Sist Sanit Navar 2005, 28:101. suppl 2.
23. **Von Heimburg D, Exner K, kruft S, lempertle G.:** "The tuberous breast deformity: Classification and treatment". Br J Plast Surg 1996, 49(6): 339.
24. **Von Heimburg D.:** "Refined version of the tuberous breast classification". Plast Reconstr Surg 2000, 105(6): 2269.
25. **Tebbetts JB.:** "Dual plane breast augmentation: optimizing implant-soft-tissue relationships in a wide range of breast types". Plast Reconstr Surg 2001, 107(5):1255.
26. **Graf R.; Bernades A.; Rippel R.; Araujo L.R.; Damasio R.C.; Auerswald, A.:** "Subfascial Breast Implant: A New Procedure". Plast Reconstr Surg 2003, 111(2): 904.
27. **Benelli L.:** "A new periareolar mammoplasty: the "round block" technique". Aesth. Plast Surg 1990, 14(2): 93.

Comentario al artículo del Dr. JM. Palacín Casal

Dr. Fernando Magallanes Negrete.

Director del Capítulo de Cirugía Estética de la FILACP (2010-2012)

Jefe del Servicio de Cirugía Plástica del American British Cowdray Medical Center. México, D.F. México

El artículo del Dr. Palacín resume de manera excelente toda la problemática que involucra esta alteración morfológica de las mamas, que como menciona en su artículo, ha recibido diferentes denominaciones por diversos autores. La diversidad de técnicas quirúrgicas descritas para su tratamiento solamente enfatiza la dificultad que su corrección implica, máxime cuando tomamos en consideración que el grado de deformidad mamaria es variable de paciente a paciente, teniendo en todos los casos como denominador común la constrictión de la base mamaria asociada a la herniación en mayor o menor grado del tejido mamario a través de la areola.

Las clasificaciones de Grolleau y de Von Heinburg nos han permitido establecer en principio las características específicas de las deformidades en cada uno de sus grados, y correlacionarlas con un posible tratamiento capaz de corregir la deformidad, siendo el común denominador de todas las técnicas quirúrgicas descritas la sección del anillo fibroso de constrictión a nivel del polo inferior de la mama, bien directamente con incisiones radiadas, o indirectamente mediante técnicas que implican la redistribución de tejido mamario como son las descritas por Puckett y Ribeiro, en el momento de efectuar la sección de los colgajos grasoglandulares de transposición.

La sección radiada del anillo de constrictión con incisiones múltiples no es por sí misma un tratamiento de la mama tuberosa hipoplásica; es necesaria además la colocación de un implante que permita la expansión de la base mamaria constreñida, o bien la transposición de tejido que haga el mismo efecto (técnica de Ribeiro). En mi experiencia personal, la técnica de expansión quirúrgica del polo inferior de la mama, junto con la colocación de un implante mamario y la resección cutánea areolar circunferencial con sutura perireolar en bolsa de tabaco, es una técnica que permite la corrección de la deformidad en mamas tuberosas grado II de Von Heimburg de manera total. Sin embargo en los grados III y IV de Von Heimburg, a pesar de que mejora significativamente el contorno del polo inferior de la mama, en la mayor parte de los casos persiste una indentación por debajo del borde inferior de la areola, que se acentúa con el tiempo.

En estos casos de mama tuberosa grado III y IV de Von Heimburg, hasta que conocí el trabajo del Dr. Palacín presentado en el pasado Congreso Centroamericano y del Caribe de la FILACP en Punta Cana, República Dominicana (Septiembre de 2011), estaba absolutamente convencido de que la única manera de resolver totalmente el problema en estos casos era mediante la transposición de algún tipo de colgajo grasoglandular como los descritos por Pucket y Ribeiro, o similares, como el descrito por el que suscribe en el pasado Congreso de ISAPS en San Francisco 2010 y en el mismo Congreso Centroamericano y del Caribe de la FILACP de Punta Cana hace tan solo un mes. Ciertamente el Dr. Palacín nos demuestra en los casos presentados que su técnica quirúrgica corrige de manera totalmente satisfactoria la deformidad tuberosa de las mamas en los grados II, III y IV de Von Heimburg, lo que no se logra con la técnica de incisiones radiadas a que hago referencia, la cual en mi experiencia es muy satisfactoria para los grados II de Von Heimburg pero no para los grados III y IV. La diferencia de su técnica estriba en efectuar el corte del anillo fibroso de constrictión no de manera radiada, sino de manera transversal en tres planos diferentes, llevando estos cortes, de

acuerdo a su descripción, hasta la dermis misma y en todo la extensión transversa de la mama.

Los resultados clínicos presentados por el Dr. Palacín Casal nos muestran que estas incisiones transversas hasta el plano inmediatamente adyacente a la dermis profunda, funcionan eficientemente en la liberación de la constrictión de la base mamaria, permitiendo que el implante expanda el polo inferior y corrigiendo la deformidad. Nos muestran además que la liberación de la constrictión disminuye la protrusión (herniación) del parénquima mamario a través de la areola; no siendo esto suficiente en todos los casos para corregir este problema específico, recurre a una reducción cutánea perireolar con cierre en bolsa de tabaco, tal y como previamente se ha preconizado para corregir este problema.

En estos últimos casos en particular, podría pensarse en realizar un abordaje único perireolar para todo el procedimiento, sin la necesidad de efectuar en primer término un abordaje inframamario, máxime cuando como él menciona la determinación del sitio de incisión en el nuevo surco inframamario está sujeta a factores subjetivos, elasticidad del tejido y tipo de implante a utilizar, pudiendo en manos no experimentadas constituir una decisión difícil susceptible de errores. Por otra parte comparto plenamente con el Dr. Palacín el argumento de que el abordaje inframamario brinda una mejor exposición de la base mamaria para el tratamiento de la deformidad glandular y que una vez manejado este problema, menos del 50% de los casos requerirán un abordaje perireolar con fines de reducción cutánea. Ciertamente bajo estas circunstancias el planteamiento que hace el Dr. Palacín es el correcto.

Finalmente quiero hacer mención al uso de implantes anatómicos de gel cohesivo con extraproyección del polo inferior como un plus en el tratamiento de esta deformidad. Estos implantes, estables en forma a diferencia de los de gel de alta densidad y baja cohesividad (no estables en forma), sí influyen en la definición de la forma de la mama. El empleo de este tipo de implantes extraproyectados en su polo inferior, contribuye sin lugar a dudas a lograr una mejor corrección y definición del contorno hipoplásico del polo inferior de la mama tuberosa.

Sin duda alguna la mama tuberosa, en especial los grados III y IV de Von Heimburg, representa un reto quirúrgico para el cirujano plástico. En mi experiencia personal este tipo y grados de deformidad requieren siempre la implementación de técnicas que implican la redistribución de tejido mediante transposición de colgajos glandulares para poder lograr una resolución total del problema. Después de ver la presentación del Dr. Palacín Casal me quedé muy gratamente sorprendido puesto que, con una técnica quirúrgica muy ingeniosa y aparentemente de no muy complicada realización, resuelve en forma excelente una diversidad de casos clínicos que incluyen mamas tuberosas grados II, III y IV de Von Heimburg. Queda pendiente en el futuro confirmar la capacidad de reproducción de resultados con esta técnica en manos de otros cirujanos plásticos, así como el determinar posibles repercusiones de la misma en cuanto a conservación de la capacidad de lactancia y en la posible alteración de la sensibilidad del complejo areolomamilar.

Respuesta al comentario del Dr. Fernando Magallanes Negrete

Dr. Jose María Palacín

No tengo nada que añadir al excelente comentario realizado por el Dr. Fernando Magallanes Negrete a quien creo me une la pasión y dedicación a la cirugía de la mama tuberosa.

Tan sólo me gustaría comentar que esta deformidad, especialmente en sus grados más complejos, representa como bien dice el Dr. Magallanes, un verdadero reto para los cirujanos plásticos, que deberemos individualizar más que nunca la técnica quirúrgica a utilizar. Detalles

fundamentales como la calidad y elasticidad de la piel, porcentajes de glándula y grasa en la mama tuberosa y distensibilidad de los tejidos, son datos que podremos analizar de forma más precisa durante el acto quirúrgico y que serán decisivos para utilizar las bases quirúrgicas de que disponemos según esta técnica (incisiones transversales, o colgajos, tipo de implante anatómico y tamaño y reducción cutánea perireolar), lo más adecuadamente posible según cada caso.