

# Tratamiento del pezón invertido: comparación de dos técnicas

## Treatment of the inverted nipple: comparisson of two different techniques



Moretti, E.A.

Moretti, E.A.\* , Gallo, S.\*\* , Huck, W.\*\*

### Resumen

El objeto del trabajo es presentar los resultados comparativos de 2 técnicas elegidas por los autores para el tratamiento del pezón invertido. La elección de los procedimientos está en relación a su simplicidad y corta curva de aprendizaje. Se analizan los resultados de las 2 técnicas, indicaciones, complicaciones y resultados a largo plazo.

### Abstract

The aim of this paper is to present the results of 2 different techniques chosen by the authors for the treatment of inverted nipples. The selection of the procedures is in relation of the simplicity and the short learning curve. We analyzed the results of the 2 techniques, indications, complications and long-term results.

**Palabras clave** Pezón umbilicado

**Código numérico** 5245

**Key words** Inverted nipple.

**Numeral Code** 5245

\* Jefe del Servicio.

\*\* Cirujanos Plásticos

Servicio de Cirugía Plástica. Sanatorio Los Arroyos. Rosario. Argentina

## Introducción

La umbilicación del pezón es una alteración tanto congénita como adquirida, descrita por primera vez por When Ashley Cooper en su libro *Anatomy of the Breast* publicado en Inglaterra en 1840 (1). De acuerdo con Schwager y col. su frecuencia es de 17,7 por cada 1000 mujeres (2) pero su prevalencia varía del 1,7% al 3,26% según diversos autores. En el 87% de los casos es bilateral.

Esta alteración puede acarrear complicaciones fisiológicas (trastornos en la lactación), alteraciones estéticas, psicológicas (especialmente cuando el pezón contralateral es normal), sexuales o incluso higiénicas.

El pezón invertido ha sido habitualmente reparado por los cirujanos utilizando múltiples técnicas quirúrgicas diferentes: resecciones parciales de areola (3), lámina de cartílago auricular (4), colgajos rotados desepitelizados (5-7), colgajos V-Y areolares (8). En 1984 Haeseker describe la utilización de colgajos areolares desepidermizados. Crestinu habla de la necesidad de reseca las fibras conectivas de la placa areolar (9). Chandler detalla la fisiopatología del pezón invertido y realiza la resección de los conductos galactóforos (10).

El objetivo del presente trabajo es comparar 2 procedimientos que, a nuestro modo de ver, son de fácil realización, seguros y dejan escasas cicatrices. Evaluamos sus indicaciones, complicaciones y recidivas. Ambas técnicas fueron seleccionadas para el estudio comparativo por su reproducibilidad por parte de los miembros del equipo.

## Material y método

Estudiamos un total de 20 pacientes durante el período comprendido entre enero del 2004 y diciembre del 2008. Dividimos el total de las pacientes siguiendo la clasificación descrita por Sanghoon Han y Yoon Gi Hong (11) en 3 grados. Grado I: pezón fácilmente evertido mediante presión manual de su base y que luego se retrae lentamente. Grado II: pezón que se everta con dificultad e inmediatamente se retrae a su posición inicial. Grado III: imposibilidad de evertir el pezón. En nuestro grupo de pacientes encontramos 9 casos de Grado I, 7 casos de Grado II y 4 casos de Grado III.

La etiología del pezón invertido en nuestras pacientes

fue en 17 casos de origen congénito y en 3 de origen adquirido. Las pacientes con pezón invertido de origen congénito no consultaron de forma directa por la patología, sino que concurren a la consulta por hipoplasia mamaria. Durante el examen físico se constató la alteración del pezón en forma bilateral en todos los casos y se decidió mejorar su aspecto estético en el mismo acto quirúrgico de la colocación de los implantes mamarios. En los 3 casos adquiridos, 2 pacientes fueron postreducción mamaria y 1 paciente tratada por galactoforitis supurativa con técnica de Urban: resección completa de conductos galactóforos. Las pacientes venían derivadas del Servicio de Ginecología de nuestra institución para la corrección de la patología. En los 3 casos, la patología fue unilateral. (Tabla I).

Los casos fueron tratados usando 2 técnicas diferentes con el objeto de evaluar aplicaciones, indicaciones, complicaciones y resultados alejados.

Los 2 procedimientos empleados fueron seleccionados por el Servicio de Cirugía Plástica debido a su sencillez y facilidad de reproducción por parte de los miembros del equipo. Desde el año 1996 se venían empleando en nuestro Servicio varias técnicas para solucionar la inversión del pezón, sin embargo, a partir del año 2004, se eligieron solo 2 técnicas que ingresaron en un protocolo aleatorio para evaluar a largo plazo los resultados.

### Procedimiento 1: Técnica de Chandler (10)

Se toma el pezón con una pinza de disección delicada de Adson y se tracciona al cenit; con un bisturí hoja número 11 se realiza una incisión transfixiante de hora 9 a hora 3, con la que se seccionan los conductos galactóforos. Posteriormente se coloca una tijera delicada de punta recta y fina, completando la resección de los galactóforos. Se finaliza esta etapa cuando se percibe la liberación completa del pezón, sin resistencia. Inmediatamente se coloca un tutor de silicona a través de la incisión haciendo que los extremos sobresalgan por ambos lados por lo menos 10mm, lo que nos permite fijarlo con un punto a la piel areolar. Este tutor permanece en posición 15 días para que el pezón se fije y no se retraiga (Fig.1).

### Procedimiento 2: Técnica de Haeseker (5)

Se tallan 2 colgajos de dermis de forma triangular en hora 9 y 3 de la areola, previa desepitelización con bisturí 15.

Tabla I: Etiología del pezón invertido y lista de procedimientos asociados en las pacientes de nuestro grupo de estudio (n=20).

Pacientes	Etiología	Procedimientos Asociados
17	Congénita	Implantes mamarios
2	Postreducción mamaria	Corrección cicatriz
1	Galactoforitis supurativa	Técnica de Urban (resección galactóforos)

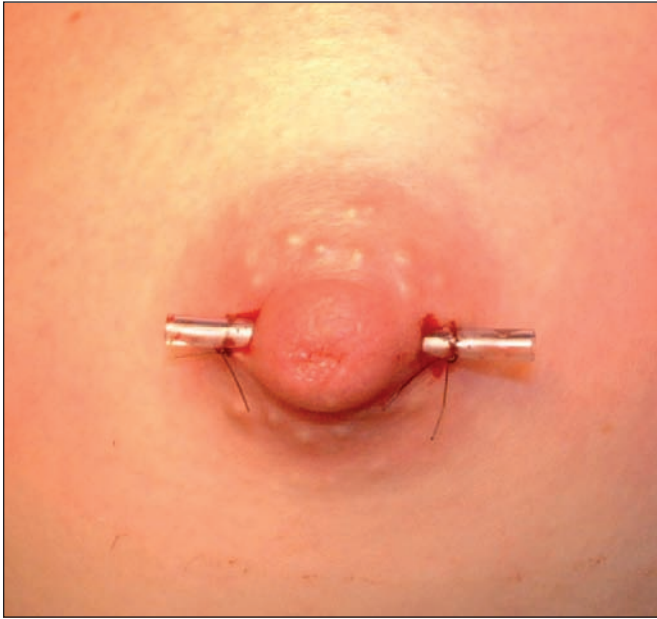


Fig. 1: Procedimiento 1: Colocación del tutor de silicona.

Ambos colgajos poseen base circular en la proximidad de la base del pezón. A continuación se procede con una pinza de disección de Adson a la tracción del complejo y se efectúa la resección de los galactóforos por debajo de los colgajos dérmicos, siguiendo las premisas del procedimiento 1 (resección completa de los galactóforos). Posteriormente con vicryl 3.0 se pasan los 2 colgajos desepidermizados por debajo del pezón y finalmente se cierran las zonas dadoras areolares con mononylon 5.0 (Fig. 2-5)

Del total de pacientes de nuestro estudio, incluimos 9 casos tratados con el procedimiento 1 y 11 casos tratados con el procedimiento 2. En el grupo del procedimiento 1 se constataron 4 casos con retracción grado I, 3 casos con retracción grado II y 2 casos con retracción grado III. En el grupo del procedimiento 2 incluimos 3 casos con retracción grado I, 4 casos con retracción grado II y 4 casos con retracción grado III.

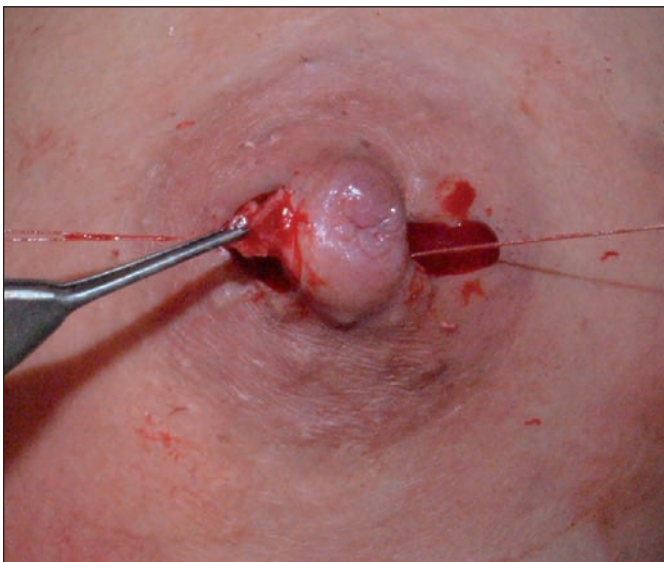
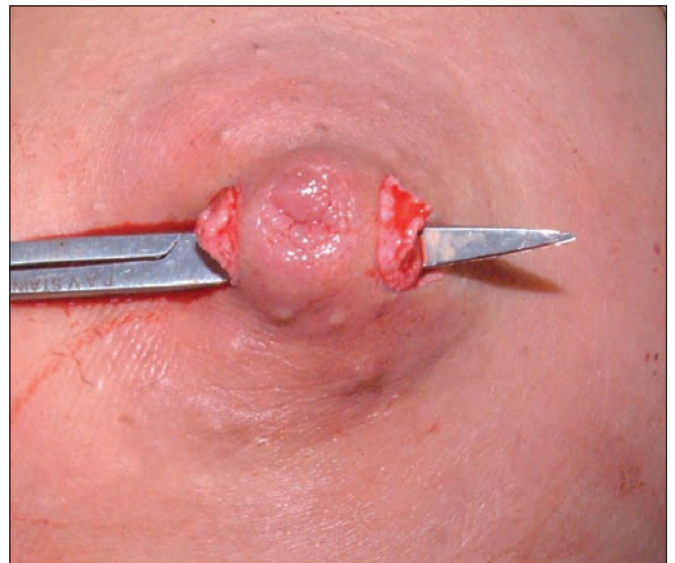


Fig. 2-5: Procedimiento 2: Colgajos areolares dérmicos rotados



## Resultados

En los 20 casos tratados no se constataron alteraciones vasculares ( sufrimientos – necrosis) de la zona areolo-mamilar; tampoco se registraron hematomas o infecciones. Ninguna de las pacientes refirió alteraciones de la sensibilidad o alteraciones de la contracción del músculo liso areolar ante el tacto o el frío (telotismo). El nivel de aceptación por parte de las pacientes fue excelente, presentando gran conformidad ante el resultado estético, con ausencia de complicaciones.

El seguimiento de los casos se realizó a los 30, 60, 180 y 365 días. Las pacientes informaron sobre el grado de satisfacción en cada consulta y los cirujanos evaluaron la posibilidad de recidiva (Fig. 6-15)



Fig. 6: Paciente de 25 años con pezón invertido grado I.



Fig. 8-10. Resultado al año de la intervención. No evidencia de recidiva.



Fig. 7: Corrección con tutor de silicona y mamoplastia de aumento en el mismo acto quirúrgico.





Fig. 11: Paciente de 32 años con pezón invertido grado III.



Fig. 14-15: Resultado al año de la intervención. No evidencia de recidiva.



Fig. 12: Diseño de los colgajos desepidermizaos en el mismo acto quirúrgico de realización de mamoplastia de aumento.



Fig. 13: Resultado postoperatorio a los 7 días.



Los resultados demostraron que de los 9 casos en los que se efectuó el procedimiento descrito como 1, se presentó recidiva en 2 casos (22,22% de este grupo, 10% del total), aunque dicha recidiva se observó en el control realizado a los 180 días. Ambos casos pertenecieron al tipo III de retracción del pezón (imposibilidad de eversión manual) de la clasificación de Han y Hong (11). Es importante comentar que la recidiva no fue total, observándose una mejoría en la proyección del pezón en los 2 casos, motivando esto la aceptación del resultado por parte de las pacientes que no requirieron reintervención (Fig. 16-18). En los 11 casos efectuados con el procedimiento 2 no se observaron recidivas en el control practicado al 1 año de la intervención, manteniendo la proyección del pezón.

## Discusión



Fig. 16: Paciente de 39 años con galactoforitis supurativa y retracción del pezón grado III.



Fig. 17: Procedimiento en conjunto con resección de galactóforos (técnica de Urban) y colocación de tutor de silicona (procedimiento 1). Foto tomada a los 7 días de postoperatorio.



Fig. 18: Imagen a los 6 meses de la intervención en la que se observa menor proyección del pezón (recidiva parcial de la inversión). No recidiva de la galactoforitis.

El pezón invertido ha sido tratado con numerosas técnicas quirúrgicas empleando colgajos areolares desepidermizados, miotomías subcutáneas, tracciones externas (12), zetaplastias, colgajos V-Y, e incluso inclusiones de cartílago o materiales de relleno bajo la placa areolar. Chandler (10), basándose en la fisiopatología del pezón umbilicado, realiza la sección de los conductos galactóforos a través de una herida mínima, que al estar ubicada en la cara lateral del pezón queda oculta. Al tratar la patología desde su fisiopatología no se observan recidivas con frecuencia.

En el análisis de los 2 procedimientos quirúrgicos elegidos a nuestro criterio como los más simples y que cumplen con las premisas fisiopatológicas, se demuestra que en los casos en que la retracción del pezón es Grado 1 (pezón invertido que ante la compresión persiste un tiempo evertido), el empleo de los tutores de silicona ofrece seguridad en el resultado, sencillez en el procedimiento y escasa curva de aprendizaje, aunque fue la técnica que presentó el mayor número de recidivas. El procedimiento 2 brinda seguridad, aunque la realización del mismo crea 2 colgajos que deben ser tallados y rotados, lo que demanda mayor tiempo quirúrgico, de suturas y deja más cicatrices en la areola. Sin embargo, este último procedimiento no evidenció recidivas.

Hay que destacar también que ambos procedimientos actúan sobre el fundamento fisiopatológico de acortamiento de los galactóforos, con la desventaja de la imposibilidad de amamantar en forma permanente, por lo que se debe reservar para aquellas pacientes que no deseen hacerlo.

## Conclusiones

Las 2 técnicas analizadas son las más simples en su realización y ofrecen como ventajas adicionales cicatrices mínimas e imperceptibles, conservación de la irrigación e inervación del pezón, curva de aprendizaje corta, realización bajo anestesia local y en forma conjunta con una mamoplastía de aumento o de reducción. La gran desventaja que ambos procedimientos presentan es la imposibilidad de dar de lactar en un futuro ya que siguen las premisas de cortar los galactóforos.

Aconsejamos reservar el procedimiento 1 para casos de pezón invertido Grado 1, mientras que en los casos de Grado 2 y 3 recomendamos efectuar el procedimiento 2 por presentar menor tasa de recidiva. Es de destacar también que no se observaron complicaciones vasculares, sensitivas ni alteraciones de la contracción (telotismo) del músculo liso areolar.



## Dirección del autor

Dr. Ernesto A. Moretti  
 Servicio de Cirugía Plástica  
 Sanatorio Los Arroyos.  
 Italia 1460, (2000) Rosario. Argentina  
 e-mail: doctormoretti@knett.com.ar

## Bibliografía

1. **Cooper A:** "On the anatomy of the breast". Vol. 2. London, Longman's, 1840, Pp 1-89,
2. **Schwager, R.G., Smith, T.W., Gray, G.F., and Goulian, D.:** "Inversion of the human female nipple, with a simple method of treatment". *Plast. Reconstr. Surg.* 1974, 54:564.
3. **Skog T:** "An operation for inverted nipples". *Br. J. Plast. Surg.* 1952, 5:65.
4. **Brent, B and Bostwick J.:** "Nipple-areola reconstruction with auricular tissues". *Plast. Reconstr. Surg.* 1977, 60:353.
5. **Haeseker, B.:** "The application of deepithelialised "turn-over" flap to the treatment of inverted nipple". *Br. J. Plast. Surg.* 1984, 37: 253.
6. **Teimourian, B., and Adham, M.N.:** "Simple technique for correction of inverted nipple". *Plast. Reconstr. Surg.* 1980, 65: 504.
7. **Hoon-Bum L, Tai-Suk R, Yoon-Kyu C, sug-Won K, Joo-Bon K, Keuk-Sun S:** "Correction of inverted nipple using strut reinforcement with deepithelialized triangular flaps". *Plast Reconstr Surg* 1998, 102:125.
8. **Yanai, A., Okabe, K., and Tanaka, H.:** "Correction of the inverted nipple". *Aesthet. Plast. Surg.* 1986, 10:51.
9. **Crestinu JM:** "The inverted nipple: A blind method of correction". *Plast. Reconstr. Surg.* 1987, 79:127.
10. **Chandler P.J. and Hill S.D.:** "A directed surgical approach to correct the inverted nipple". *Plast. Reconstr. Surg.* 1990, Aug: 352.
11. **Han S., Hong Y.:** "The inverted nipple: its grading and surgical correction". *Plast. Reconstr. Surg.* 1999, 104:389.
12. **Bosh G, Rios G, Giachero V:** "Nipple Invagination: The Umbrella Effect". *Aesth.Plast.Surg.* 2007, 31:76.