

Corrección de la mama tuberosa solo con implantes anatómicos

Tuberous breast correction only with anatomical implants



Rancati, A.

Rancati, A.* , Gonzalez, E.* , Dorr, J.* , Vidal, L.* , Murias-Pettinari, M.* , Irigo, M.*

Resumen

Las mamas tuberosas, denominadas así por Rees y Aston, y también llamadas hernias del complejo areolar (Bass), *Snoopy deformity* (Gruber), mamas tubulares (Williams), hipoplasia del polo inferior (Brink) o mamas de base estrecha (Puckett), son una malformación en el desarrollo del volumen mamario en los cuadrantes inferiores con hernia areolar secundaria (placa areolar y músculo mamilar débiles), areola ancha y protruida (en la mitad de los casos), ascenso del surco submamario, mamas hipotróficas y raramente hipertróficas, con asimetrías en las dos terceras partes de las pacientes.

Presentamos la estrategia quirúrgica adecuada para resolver esta patología utilizando solo implantes anatómicos de gel cohesivo sin necesidad de tallar colgajos glandulares. De esta manera, disminuimos la morbilidad quirúrgica, ofreciendo resultados estables y con alta satisfacción por parte de las pacientes.

Abstract

Tuberous breasts, denominated like this by Rees and Aston, and also called areolar complex hernia by Bass, Snoopy deformity by Gruber, tubular breasts by Williams, inferior pole hypoplasia by Brink, tight base breasts by Puckett, are a malformation of breast with inferior quadrants alteration that produce an areolar herniation and protrusion (in fifty per cent of the cases), and elevation of the inframammary fold; they are rarely hypertrophic and with asymmetries in two thirds of the patients.

Authors present the surgical strategy to solve this pathology just using high cohesive silicone gel anatomical implants without needing of glandular flap tailoring. By this way, surgical morbidity is diminished offering stable results and high patient satisfaction.

Palabras clave Mama tuberosa,
Aumento mamario,
Implantes mamarios.

Código numérico 5246-5211-52114

Key words Tuberous breast,
Breast augmentation,
Breast implants.

Numeral Code 5246-5211-52114

* Cirujano plástico y reconstructivo. Centro Ambulatorio de Cirugía Plástica Dr. Rancati, Buenos Aires, Argentina.

Introducción

Las mamas tuberosas, denominadas así por Rees y Aston y también conocidas como hernias del complejo areolar (Bass), *Snoopy deformity* (Gruber), mamas tubulares (Williams), hipoplasia del polo inferior (Brink) o mamas de base estrecha (Puckett), son una malformación en el desarrollo del volumen mamario, principalmente en los cuadrantes inferiores, con hernia areolar secundaria (placa areolar y músculo mamilar débiles), areola ancha y protruida (en la mitad de los casos) y ascenso del surco submamario (SSM). Por lo general, son mamas hipotróficas y raramente hipertróficas, con asimetrías en las dos terceras partes de las pacientes.

A pesar de toda la bibliografía existente sobre la corrección de la mama tuberosa con colgajos glandulares para corregir el polo inferior de la mama, creemos que esta entidad, en la mayoría de los casos, puede resolverse por vía periareolar radiando la mama, descendiendo el surco submamario y colocando implantes anatómicos de gel cohesivo sin necesidad de tallar un colgajo glandular (1). De esta manera se reduce el tiempo quirúrgico, decrece la morbilidad al preservar la vitalidad de los tejidos, se disminuye además el riesgo de alteraciones sensitivas y se obtiene un resultado estético satisfactorio. Creemos que el uso de implantes anatómicos de máxima proyección es fundamental para la expansión del tejido del polo inferior de la mama, que habitualmente es deficitario en esta patología.

El tratamiento quirúrgico de la mama tuberosa es uno de los grandes desafíos en la cirugía mamaria, ya que deben ponerse en juego y simultáneamente múltiples técnicas que incluyen aumento, reducción, mastopexia, y reconstrucción mamaria (2).

La deformidad en la mama tuberosa está causada básicamente por un desarrollo embriológico mamario incompleto, principalmente en los dos cuadrantes inferiores, así como por la formación de un anillo constrictivo alrededor de la areola. Todo esto lleva a la herniación de tejido glandular en el espacio subareolar lo que a su vez aumenta el tamaño de la areola por distensión de la misma (3, 4).

Están descritos 3 grados de severidad de esta malfor-

mación: grado I en el cuadrante ínfero-medial, grado II en los dos cuadrantes inferiores y grado III en toda la mama (Fig. 1). Pero lo más importante en el momento de resolverla quirúrgicamente es comprender la patogenia de esta malformación: la falta de tejido en el polo inferior mamario.

Como el déficit de tejido en el polo inferior varía en cada caso no se puede estandarizar un tratamiento, pero sí ofrecer un algoritmo para el mismo que se ajustará según el criterio del cirujano actuante en cada caso (5-7).

En esta patología es también habitual la asimetría, con una distancia corta del borde areolar inferior al surco submamario que habitualmente está ascendido y debe ser recreado en una posición más inferior. A veces coexiste una hipertrofia y una ptosis unilateral que debe corregirse simultáneamente empleando diferentes volúmenes de prótesis o mediante cirugía de reducción y pexia en una mama y colocación de implante en la otra (8).

Cabe mencionar que como esta malformación se detecta en la pubertad, al iniciarse el desarrollo mamario debe resolverse en la juventud para evitar consecuencias psicológicas en las pacientes.

Material y método

Recogemos 13 casos de mama tuberosa intervenidos quirúrgicamente entre 2007 y 2011, y resueltos en un solo tiempo con implantes anatómicos de gel de silicona de alta cohesividad y sin necesidad de tallar colgajos glandulares en el polo inferior de la mama. La edad promedio de las mismas fue de 23 años (rango de 18 a 28 años).

El seguimiento promedio de las pacientes fue de 36 meses (rango de 12 a 60 meses) No encontramos casos de contractura capsular en ese periodo.

En la serie de pacientes de estudio hubo 1 solo caso de asimetría mamaria sin ptosis asociada. No fue necesario en ningún caso realizar expansión tisular previa a la colocación del implante anatómico.

Técnica Quirúrgica

Consiste en un abordaje periareolar; utilizando este acceso realizamos un radiado del parénquima mamario, después un descenso del surco submamario y finalmente,



Fig. 1. Clasificación de las mamas tuberosas.

la colocación de un implante anatómico. Este procedimiento tiene como ventaja el que evita la necesidad de tallar un colgajo glandular, lo que a su vez reduce el tiempo quirúrgico, disminuye la morbilidad al preservar la vitalidad de los tejidos, disminuye también el riesgo de alteraciones sensitivas y proporciona un resultado estético satisfactorio.

La marcación preoperatoria se realiza de pie y comienza con identificación y marcado de la línea media y de los bordes laterales de la mama en la línea axilar anterior, lo que nos permite seleccionar correctamente la medida del implante, éste debe ser siempre al menos 2 cm menor en su base que la base mamaria para evitar que posteriormente se palpe el borde del mismo y disminuir a su vez la posibilidad de pliegues (*rippling*).

Seleccionamos el implante de acuerdo a 3 medidas, según sugerencia del Dr. Luis Perin (9) (Fig. 2):

- Distancia de la horquilla esternal o clavícula al nuevo borde areolar superior (Fig. 3).
- Base mamaria (Fig. 4).
- Distancia del borde areolar inferior al nuevo surco mamario (Fig. 5).

Para seleccionar la altura del implante tomamos la medida desde la clavícula al borde areolar. Si es de 17 cm o menos elegiremos un implante *Low* (altura baja).

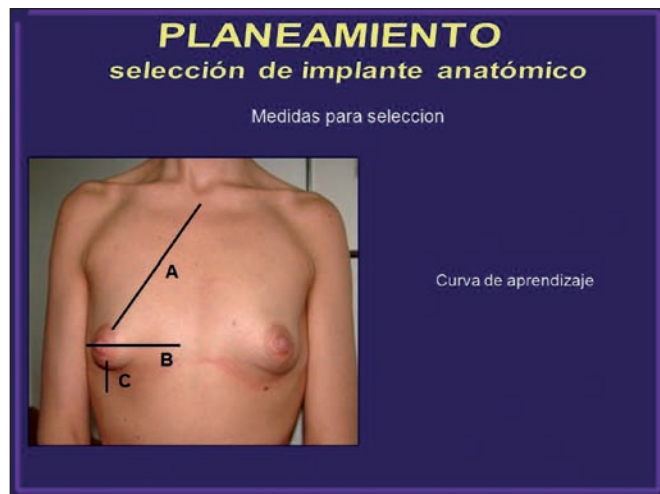


Fig. 2. Medición de la paciente para la selección de implante anatómico.



Fig. 3: Selección de la altura del implante anatómico.

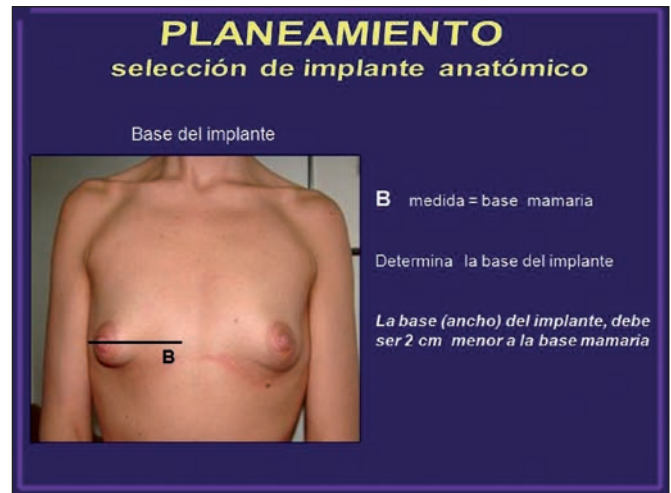


Fig. 4. Selección de la base del implante anatómico.



Fig. 5. Selección de la proyección del implante anatómico.

Si es entre 18 y 20 cm, un implante *Medium* (altura media) y si es entre 21 y 22 cm uno *Full* (altura completa). Si esa distancia es superior a 22 cm, debemos asociar una mastopexia.

Para marcar el surco submamario tomamos la medida del implante y medimos el mismo desde la zona de su máxima proyección (que coincidirá con el complejo areola-pezones) hasta el borde inferior del mismo (arco del implante), y allí marcamos el surco submamario (Fig.6, 7).

Realizamos el procedimiento bajo anestesia general endotraqueal e infiltración con solución de Klein que facilita la maniobra de Schwartzman y disminuye el sangrado. Habitualmente, la cirugía se lleva a cabo de forma ambulatoria.

Para una técnica periareolar, la nueva posición del complejo areola-pezones debe estar por encima del nuevo surco submamario, y el diámetro debe predeterminarse con un areolotomo; habitualmente, 4,5 cm de diámetro.

La decisión del plano de colocación del implante se realiza mediante test de pellizco (*pinch test*), colocando el implante parcialmente retropectoral (*dual plane*) si el test es de menos de 2 cm o si existe hipotrofia tisular en el polo superior de la mama (10).

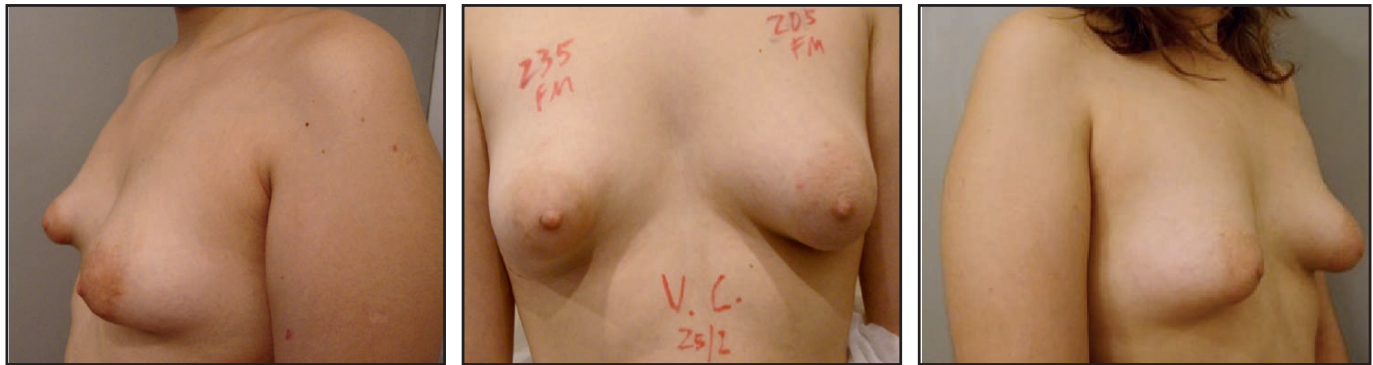


Fig. 6 A) Mamas tuberosas Tipo I. Planificación quirúrgica: corrección con prótesis anatómicas por vía periareolar en plano retroglandular, mama derecha: implante Allergan® FM de 235 cc, mama izquierda: FM de 205 cc.



Fig. 6 B) Postoperatorio a los 12 meses. Se trata del caso mencionado en el texto con resultado de asimetría, en el que se nota una leve disparidad en la centralización del complejo areola-pezones.

Para la estabilidad del implante en su límite inferior creemos útil el tallar un zócalo sobre la aponeurosis del oblicuo, tal como describen Ventura y col (11).

Los implantes que hemos utilizado en esta serie de pacientes son anatómicos, texturizados, de gel de silicona de alta cohesividad, Allergan® modelo 410 (Allergan®, Levine, Ca. EE.UU.), a fin de proyectar al máximo el polo inferior mamario; la media de los implantes empleados fue de 395 cc (Fig. 6, 7).

La maniobra primaria que realizamos en la corrección de la mama tuberosa es la sección del anillo constrictivo mamario con secciones radiadas múltiples, como las descritas por Palacín Casal (12), siendo habitualmente necesarias alrededor de 4 o 5 secciones en el polo inferior, mediante electrobisturí monopolar. Después, practicamos palpación y control digital de la zona liberada y cuidadosa hemostasia; eventualmente se pueden utilizar implantes de prueba de tamaño antes de utilizar el implante definitivo.

Es muy importante mantener la liberación de esa constricción provocada por el anillo, por lo que consideramos que las prótesis anatómicas juegan un papel fundamental en estos casos, tanto por su alta cohesividad como por la estabilidad en su forma, lo que produce una conveniente distensión del polo inferior de la mama.

Discusión

Las diferentes formas, altura, base y proyección del modelo 410 de Allergan® permiten seleccionar el implante ideal para cada uno de estos casos, en los que la forma

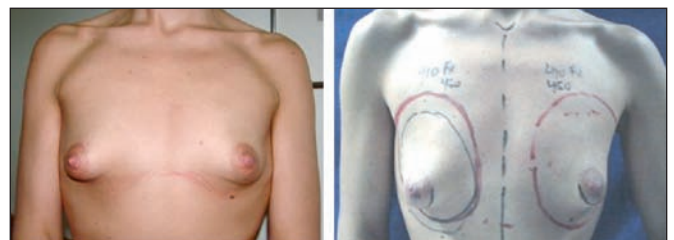


Fig. 7 A) Mamas tuberosas Tipo II. Planificación de la corrección con prótesis anatómicas por vía periareolar y en plano retroglandular, prótesis Allergan® 410 FX de 450 cc.



Fig. 7 B) Postoperatorio a los 12 meses

final de la mama estará principalmente influenciada por el implante puesto que existe poco tejido de cobertura.

Dada la característica constrictiva glandular de este



Fig. 8 A) Mamas tuberosas tipo III. Planificación de la corrección con prótesis anatómicas Allergan® 410 FX de 300 cc, plano dual, vía periareolar, con resección anular de piel redundante de areola.



Fig. 8 B) Postoperatorio a los 12 meses.

tipo de mamas, creemos que la mejor posición para el implante es el plano prepectoral, para distender al máximo la mama sin interposición de tejidos; pero en aquellos casos con buena cobertura glandular del implante en el polo superior, el plano dual o retropectoral parcial (*dual plane*) es también un buen plano de colocación del implante por permitir la expansión del polo inferior de la glándula sin interposición muscular (Fig. 6-8).

Debemos tener en cuenta que al tratarse de implantes anatómicos, el bolsillo tallado debe adecuarse y coincidir con el tamaño del implante y que la disección del mismo debe ser atraumática y exangüe, para evitar colecciones y disminuir así el riesgo de rotación del implante.

Es importante realizar esta intervención quirúrgica con la paciente con los brazos pegados al cuerpo, para evitar así la tensión del músculo pectoral mayor y las alteraciones en la altura final del surco submamario. Una vez colocado el implante, es aconsejable semisentar a la paciente y controlar la simetría, la altura de ambos surcos, el tamaño final de ambas mamas y la posición y el tamaño areolar.

Con el implante en posición procedemos a realizar el cierre por planos de la herida quirúrgica y podremos realizar, si fuera necesario, una resección anular de piel periareolar para reducir su tamaño, lo que evita el aspecto de telescopado areolar.

En la actualidad, se menciona también el injerto de grasa según técnica de Coleman que podría cumplir un rol importante para aumentar el volumen tisular en zonas deficitarias de la mama, dando además una mejor cobertura al implante en el polo inferior.

En casos severos puede ser imposible realizar la corrección de la mama tuberosa en un solo tiempo quirúrgico, siendo necesaria la expansión del polo inferior de la mama. En la serie de casos que presentamos en este trabajo no hubo necesidad de realizar dicha expansión.

Conclusiones

El tratamiento de la malformación de la mama tuberosa sigue siendo uno de los desafíos más grandes en la cirugía de la mama. Nuestra experiencia en el tratamiento de esta patología con implantes anatómicos de alta cohesividad en un solo tiempo quirúrgico, es altamente satisfactoria tanto para la paciente como para el cirujano. Consideramos que el uso de estos implantes anatómicos nos permite en esta patología de gran desafío estético, minimizar el trauma quirúrgico evitando la necesidad de tener que tallar un colgajo glandular, modelar mejor el polo inferior de la mama y mantener resultados estables en el tiempo.

Dirección del autor

Dr. Alberto Rancati
Ac Callao 1046 PB A (1425)
Buenos Aires, Argentina
e-mail: rancati@gmail.com

Bibliografía

1. **Ribeiro L, Canzi W, Buss Jr A, Accorsi Jr A:** Tuberos breast: a new approach. *Plast Reconstr Surg* 1998; 101(1):42-46.
2. **Berrino P.:** Operative Strategies in Breast Plastic Surgery, Ed. SEE-Firenze, 2007, Pp 380-382.
3. **Bass, C.:** Herniated areola complex. *Ann Plast Surg* 1978, 1:4: 402-406.
4. **Choupina MP et al.:** Tuberos Breast: a Surgical Challenge. *Aesth Plast Surg* 2002; 26(1):50-53.
5. **Dinner M, Dowden R.:** The Tubular – Tuberos Breast Syndrome. *Ann Plast Surg* 1987; (19): 414-420.
6. **Hammond DC.:** Augmentation Mammoplasty in the Patient with Tuberos Breasts and Other Complex Anomalies. *Surgery of the Breast. Principles & Art. Volume II – Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA;* Ed Scott L. Spear. 2006;Pp. 1367-1375.
7. **Hammond DC.:** Augmentation Mastopexy: General Considerations. *Surgery of the Breast. Principles & Art. Volume II – Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA.* 2006; Pp. 1403-1416.
8. **Maxwell P.:** Breast Asymmetry. *Aesth Surg* 2001; 21:552-561.
9. **Perin L.F.:** Comunicacion personal, Latinamerican Forum Orlando USA, Agosto 2010.
10. **Persichetti P. Et al:** Decision Making in the treatment of Tuberos and Tubular Breast: Volume adjustment as a crucial State in the Surgical Strategy. *Aesth Plast Surg* 2005; 29: 1-7.
11. **Ventura, O. et al.:** Un zócalo como soporte del implante mamario. *Cir. plást. iberolatinoam.*, 2007, 33 (1): 31-36.
12. **Palacín Casal, J.M.:** Mamoplastia transversal en mamas tuberosas. *Cir. plást. iberolatinoam.*, 2011, 37 (3): 205-214.

Comentario al artículo “Corrección de la mama tuberosa solo con implantes anatómicos”

Dr. José María Palacín Casal.

Especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora. Práctica privada, Barcelona, España.

Es interesante para mi comentar, tal y como se me solicita, el trabajo presentado por el Dr. A. Rancati y colaboradores sobre el siempre complicado, controvertido y apasionante tema de las mamas tuberosas.

Ante todo felicitamos a los autores por sus buenos resultados y por las ajustadas apreciaciones acerca de la sistemática seguida para la selección del implante y del bolsillo donde se coloca, aunque en nuestra serie de mamas tuberosas las prótesis utilizadas suelen ser algo menores.

Sin embargo, no puedo coincidir con ellos en la descripción del tratamiento glandular que realizan, definido como “secciones radiadas múltiples como las descritas por Palacín Casal” y especificando que “habitualmente son necesarias de 4 a 5 secciones en el polo inferior”.

La descripción de la técnica transversal que realicé en esta misma revista en 2011 limitaba las incisiones, siempre horizontales, a un máximo de 3 para, gracias a su extensión y profundidad (hasta la dermis), crear tres colgajos de glándula y

grasa, que por deslizamiento, desplazarían hacia los polos inferiores del seno, la mama que se encuentra constreñida en los polos superiores.

A mi modo de entender, es inútil e incluso peligroso realizar múltiples incisiones puesto que de ser profundas, crearían múltiples colgajos que podrían presentar problemas de vascularización, especialmente en el polo inferior, donde todos estamos de acuerdo que es donde menos glándula mamaria encontramos en este tipo de deformidad.

Creo firmemente que el tratamiento glandular adecuado es imprescindible para remodelar la forma de la mama antes de aumentarla de tamaño. La nueva configuración de la glándula mamaria, debería permitir que la misma cubriera, idealmente, la prótesis utilizada en la cirugía, que ayudaría a mantenerla en su nueva localización, evitando que la retracción cicatricial postoperatoria haga reaparecer parcialmente la deformidad tubular.

Respuesta al comentario del Dr. J.M. Palacín Casal

Dr. A. Rancati

Es un honor para nosotros recibir este comentario del Dr. Palacín Casal, y coincidimos en que cuanto menos cortes se realizan, mayor seguridad para la glándula.

Sin embargo en nuestra experiencia no fue posible realizar el procedimiento en la mayoría de los casos solo con tres incisiones; por el contrario, hemos realizado 4 o 5 secciones completas del anillo y no hemos tenido retracciones cicatriciales ni sufrimiento tisular. Es más, en general los implantes sobrepasan el límite anatómico del anillo fibroso, debiendo descender el surco varios centímetros, y la realización de varias

secciones radiadas evitó la banda constrictiva en el polo inferior que alteraba la definición y forma otorgada por el implante anatómico.

Salvando este detalle menor, creemos firmemente que la utilización de implantes anatómicos en el plano prepectoral disminuye la necesidad de realizar colgajos glandulares, que sí comprometen la sensibilidad, vitalidad y función de la mama en mujeres jóvenes.