Utilización del doble plano invertido en el tratamiento de la mama tuberosa

Inverted double plane use in the treatment of tuberous breast

Ali, A.H.

Agustín H. ALI*, Lorena M. CÁRDENAS**, Margarita R. ECHEVERRÍA**
Grey PÉREZ***, Carlos CERCHIARO**, Víctor O. VASSARO****

Resumen

Introducción y Objetivo. La mama tuberosa es una anomalía congénita que se evidencia en la pubertad con un alto índice de presentación. Se caracteriza por alteraciones en la forma y estructura de la mama, con mayor afectación del polo inferior.

Presentamos nuestra experiencia de 3 años en corrección de la mama tuberosa con la técnica de doble plano invertido con colgajo de pectoral mayor y evaluamos los resultados obtenidos.

Material y Método. Estudio prospectivo de 3 años sobre 12 pacientes intervenidas quirúrgicamente utilizando como alternativa de tratamiento un colgajo publicado por nosotros que utiliza el músculo pectoral mayor en su porción distal, irrigado por las perforantes internas (doble plano invertido), que proporciona mayor cobertura del implante en la zona problema.

Resultados. Obtuvimos un porcentaje de satisfacción del 83% de las pacientes intervenidas, evaluado mediante tabla de satisfacción a los 8 meses de postoperatorio.

Conclusiones. En nuestra experiencia, la técnica de doble plano invertido con colgajo de pectoral mayor para la plastia de mamas tuberosas otorga mayor cobertura en el polo inferior por utilizar cobertura muscular, con una anatomía constante, segura y conocida.

Abstract

Background and Objective. The tuberous breast is a congenital anomaly that can be evidenced throughout puberty with a high rate of presentation. It is characterized by alterations in form and structure, the lower pole being the most usual condition.

We present our 3 year experience using the double inverted plane technique in the correction of tuberous breast and evaluate our results.

Methods. Prospective 3 year study on 12 patients using as an alternative to the treatment an our authorship flap that uses the pectoralis major muscle in its distal portion, irrigated by the internal perforators (inverted dual plane), which provides greater coverage of the implant in the problem zone.

Results. A 83% percentage of patients' satisfaction was obtained with the proposed technique; results were evaluated by means of a satisfaction table at 8 months postoperative period.

Conclusions. In our experience, the inverted double plane technique with pectoralis major flap for tuberous breast plasty, provides greater coverage in the lower pole by using muscle coverage, with a constant, safe and known anatomy.

Palabras clave Mama tuberosa, Doble plano invertido, Colgajo pectoral mayor.

Nivel de evidencia científica 4c Terapéutico
Recibido (esta versión) 20 febrero/2019
Aceptado 25 marzo/2019

Key words Tuberous breast, Inverted dual plane, Pectoralis major flap.

Level of evidence 4c Therapeutic
Received (this version) 20 February/2019
Accepted 25 March/2019

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener ningún interés financiero relacionado con el contenido de este artículo.

Financiación: No hubo fuentes externas de financiación para este trabajo.

* Especialista en Cirugía Plástica, UCA. Subdirector de Carrera de Cirugía Plástica, UniSinú

** Residente de Cirugía Plástica, UCA

*** Especialista en Cirugía Plástica, UCA

**** Especialista en Cirugía Plástica, Consejo Académico UniSinú

UCA: Universidad Católica Argentina, Buenos Aires, Argentina

UniSinú: Universidad del Sinú, Cartagena, Colombia

Introducción

La mama tuberosa es una anomalía congénita que se evidencia en la pubertad, con alteración en la estructura y la forma de la mama, que afecta principalmente al complejo areola pezón (CAP) y al polo inferior con diversos grados de severidad y pudiendo ser uni o bilateral.^(1,2)

La deformidad característica se define por la constricción de la base de la mama, hipoplasia del parénquima, deficiencia de piel en el polo inferior, pliegue inframamario ascendido, herniación areolar y asimetría, pudiéndose presentar una, varias o todas las anomalías en una o en ambas mamas.⁽³⁾

En base a las teorías existentes, la alteración estructural de esta anomalía corresponde a una ausencia de la capa superficial de la fascia mamaria en la zona por debajo de la areola, lo que favorece la debilidad y herniación de la glándula a través del CAP. Adicionalmente, el anillo constrictor de tejido fibroso característico de la zona periférica del CAP y el engrosamiento de la fascia superficial a nivel del polo inferior, producen fuertes adherencias entre la dermis y el plano muscular que no permiten la expansión normal del parénquima mamario durante la pubertad.^(2,4,5) Por consiguiente, la gravedad de la deformidad depende del grado de malformación de la fascia superficial, el cual oscila desde un leve desarrollo del cuadrante ínfero-interno de la mama con un volumen cercano a lo normal, hasta una hipoplasia en los cuatro cuadrantes con diversos grados de herniación del parénquima hacia la areola, tal y como se describe en diversas clasificaciones.^(1,5,6)

A tal efecto, tomamos como referencia la clasificación descrita en 1999 por Grolleau y col que divide la mama en 4 cuadrantes y determina 3 grados de deformidad:^(5,6)

- Grado I. La falta de desarrollo se limita al cuadrante ínfero-interno. La areola se encuentra desviada hacia abajo y hacia dentro, siendo el volumen de la mama normal o hipertrófico.
- Grado II. Los 2 cuadrantes inferiores son deficientes en su desarrollo. En estos casos la areola esta desviada y mira hacia abajo.
- Grado III. Todos los cuadrantes están afectados y son deficientes. La base mamaria se encuentra retraída y la mama tiene un aspecto de tubérculo o caprino.

A lo largo de la historia se han descrito diversas alternativas para el tratamiento de esta patología; autores como Longacre en 1954 y Goulian en 1971 dieron a

conocer técnicas quirúrgicas de remodelación mamaria tratando de mejorar el polo inferior. Sin embargo, fueron Rees y Aston quienes por primera vez, en 1976, hablaron de esta deformidad como mama tuberosa.^(2,7,8)

A partir de este momento se dieron a conocer técnicas para el tratamiento específico de esta alteración con la utilización de colgajos glandulares, incisiones radiales, prótesis y expansores. Luego, a través del tiempo, se han ido implementado una gran variedad de técnicas que han sido de gran importancia, como la descritas por Bass, quien en 1978 desarrolló su técnica haciendo énfasis en la mejoría de la herniación del CAP; Versacis en 1986, 1991 y 1994 propone el uso de expansores con múltiples tiempos quirúrgicos; Dinner en 1987 y Elliott en 1988 realizaron colgajos a nivel del pliegue submamario para tratar de recrear el polo inferior; y en los años 90, autores como Reaynaud, Azzolini, Parodi, Auclair o Mitz entre otros, combinaron diversas técnicas con incisiones glandulares asociando la utilización de prótesis mamarias y el tratamiento del CAP.^(2,7,8) Algunas de estas técnicas siguen siendo utilizadas en la actualidad.

Nosotros empleamos una alternativa para el tratamiento de la mama tuberosa que utiliza el colgajo de pectoral mayor (doble plano invertido) basado en perforantes de la arteria mamaria interna, técnica de nuestra autoría publicada en esta misma revista en 2010,⁽⁹⁾ cuyo beneficio radica en aumentar el aporte de tejido en el polo inferior de la mama, dando mayor cobertura al implante y mayor definición al nuevo surco submamario.

El objetivo del presente trabajo es describir la técnica utilizada, presentar nuestra experiencia de 3 años con su uso en la corrección de mamas tuberosas y evaluar los resultados obtenidos.

Material y método

Presentamos un estudio prospectivo de 3 años con un total de 12 pacientes operadas en edades comprendidas entre los 16 y 35 años (media de 26 años), de las cuales 4 presentaron mama tuberosa grado I, 4 grado II y 4 grado III. Todas bilaterales y simétricas.

Tuvimos como criterio de exclusión un test de pellizco (*pinch test*) menor de 2 cm en el polo superior, por considerar que en estas pacientes no había una buena cobertura en dicho polo superior en el plano subglandular. Excluimos también a aquellas pacientes que presentaban ptosis moderada o grave para no asociar otro tipo de cirugías correctivas, así como las pacientes con mamas asimétricas que requerían tratamientos diferentes en cada lado.

En todos los casos llevamos a cabo remodelación de la glándula con incisiones internas radiadas,⁽¹⁰⁾ con-

fección del colgajo de pectoral mayor y colocación de prótesis en el doble plano invertido. Asimismo, en 7 pacientes, hicimos tratamiento bilateral de la areola en el mismo tiempo quirúrgico, no siendo necesario en el resto de las pacientes.

Empleamos prótesis de gel de silicona redondas, texturizadas, de perfil extra alto, lleno 100%, de igual tamaño bilateral y con volumen comprendido entre 260 y 400 cc, marca Nagor® (GC Aesthetics, Inglaterra) colocadas bajo protocolo de prevención de biofilm.⁽¹¹⁻¹³⁾ No dejamos drenajes en ninguno de los casos.

Evaluamos la satisfacción de las pacientes comparándola con la del equipo quirúrgico a los 8 meses de postoperatorio.

Técnica quirúrgica

Tomando como referencia el colgajo de pectoral mayor (doble plano invertido),⁽⁹⁾ desarrollamos la técnica asociando dicho colgajo con el tratamiento del CAP, las riendas restrictivas de la mama y la colocación de prótesis redondas para dar una excelente cobertura al polo inferior y mejorar la forma de la mama.

En bipedestación, marcamos la línea medio esternal y el surco submamario. En decúbito dorsal, marcamos el contorno de la areola y desde su borde inferior medimos 6 cm, punto en el que localizaremos el nuevo surco submamario, teniendo en cuenta para su marcación el realizar una ligera tensión de la piel en el polo inferior. Por último, marcamos los límites del bolsillo a tallar.

Realizamos el procedimiento quirúrgico bajo anestesia general, utilizando adicionalmente anestesia local a base de lidocaína al 2% con epinefrina para facilitar la

vasoconstricción, la disección quirúrgica y la analgesia postoperatoria.

En pacientes que requirieren tratamiento de la areola, marcamos con el areolotomo de 4.5 cm, desepitelizando la zona areolar comprendida entre la marca del areolotomo y el límite externo de la areola.

Abordamos la mama por vía periareolar inferior (Fig.1), atravesando la glándula perpendicularmente hasta llegar al plano muscular. Disecamos el bolsillo teniendo en cuenta que su límite inferior llegue hasta el nuevo surco previamente marcado. Realizamos incisiones radiadas en el anillo constrictor de la mama, tratando de distenderlo (Fig. 2 y 3).

Fig. 1. Sitio de abordaje de la mama, incisión perialeolar inferior

Fig.2 y 3. Tratamiento de la glándula mamaria con incisiones radiadas a nivel del polo inferior.

Una vez realizado este procedimiento, exponemos el pectoral mayor cuya irrigación, según la clasificación de Mathes y Nahai, pertenece al grupo V, lo que significa que presenta una irrigación basada en un pedículo principal dado por la arteria pectoral, rama de la arteria axilar, que permite levantar el músculo por su pedículo externo y ramas perforantes de la arteria mamaria interna que permiten levantarlo sobre sus pedículos segmentarios. El colgajo doble plano invertido, técnica en la cual basamos nuestro procedimiento, toma su irrigación de estas últimas perforantes.⁽⁹⁾

Una vez identificado el músculo en su superficie anterior, tomamos el borde libre del mismo seccionándolo a la altura del tercer espacio intercostal, en dirección perpendicular a sus fibras, hasta llegar a las inserciones esternales que dejamos indemnes (Fig. 4). Levantamos este colgajo de hemipectoral despegando su cara posterior de las costillas hasta el nuevo surco submamario previamente marcado, sabiendo que la parte inferior del colgajo va a estar formada principalmente por la unión de la fascia del pectoral con la del músculo recto anterior del abdomen.

Fig. 4. Línea de sección del pectoral mayor, desde su borde libre a la inserción esternal.

Suturamos el borde del pectoral elevado a la cara posterior de la glándula, para evitar así su desplazamiento. Como resultado queda un espacio retroglándular en el polo superior y retropectoral en el polo inferior, donde colocamos el implante mamario (Fig. 5 y 6).

Fig. 5 y 6. Implante colocado en el doble plano invertido y tratamiento del anillo constrictor de la glándula mamaria.

Cerramos la areola con sutura continua según técnica de Hammond⁽¹⁴⁾ con monocryl 3-0 (Fig. 7). Por último, cubrimos la herida con tiras adhesivas durante 20 días. Colocamos un vendaje compresivo postoperatorio deli-

mitando el nuevo surco submamario y lo cambiamos al cuarto día por un sostén deportivo, con el que la paciente permanece durante 30 días.

Realizamos profilaxis antibiótica con cefalotina 1 gr. intravenoso media hora antes de la incisión de piel, que se continua con cefalexina 500 mg vía oral cada 6 horas durante 48 horas.

Resultados

Llevamos a cabo una valoración por el equipo quirúrgico utilizando una tabla de satisfacción con escala analógica, con un intervalo de 1 a 3, teniendo en cuenta como parámetros la simetría, forma, herniación del CAP y sensibilidad (Tabla I).

Consideramos una forma adecuada la de aquella mama que presenta buena proyección y un polo superior con buen relleno; en cuanto a la simetría, tomamos en

Tabla I. Parámetros de valoración del equipo quirúrgico

Escala	Forma	Simetría	Herniación del CAP	Sensibilidad
1	Inadecuada	Muy asimétrica	Mal	No tiene
2	Buena	Ligeramente asimétrica	Regular	Ligeramente
3	Excelente	Buena simetría	Adecuada	Buena sensibilidad

cuenta la posición del CAP, el volumen y la posición del surco submamario. En las pacientes en las que practicamos corrección del CAP, evaluamos la herniación y el diámetro del mismo. Valoramos la sensibilidad de manera subjetiva, partiendo en todos los casos de una sensibilidad adecuada (Tabla II). Los parámetros fueron evaluados por el grupo quirúrgico a los 8 meses de postoperatorio, siendo la puntuación máxima alcanzable

Tabla II. Resultados de la evaluación del equipo quirúrgico a los 8 meses de postoperatorio

Caso	Edad (años)	Tipo de definición	Tamaño del implante (cc)	Simetría	Forma	Herniación del CAP	Sensibilidad	Total
1	35	I	270	3	3	3	3	12
2	16	II	300	3	3	3	3	12
3	26	III	360	2	2	3	3	10
4	22	I	300	3	3	3	2	11
5	30	I	270	3	3	3	3	12
6	31	II	360	3	3	3	2	11
7	28	III	400	3	3	3	3	12
8	25	II	360	3	3	3	3	12
9	19	III	360	3	3	3	3	12
10	23	III	400	3	3	3	3	12
11	33	II	300	3	3	3	3	12
12	31	I	260	3	3	3	3	12

Fig. 7. Cierre de la incisión periareolar según técnica de Hammond.

de 12 y la mínima de 4. Tomamos como punto de corte una puntuación superior a 8 como satisfactoria y menor como insatisfactoria.

Por último, correlacionamos esta puntuación con la satisfacción o no de la paciente evaluando los mismos parámetros que con el equipo quirúrgico expresados en satisfacción o no de los mismos por el paciente en el postoperatorio tardío (8 meses). Posteriormente hicimos una correlación entre los resultados obtenidos por el equipo quirúrgico y las pacientes, obteniendo lo expuesto en las tablas I-III y en el Gráfico 1.

Como complicaciones tuvimos un seroma a unilateral en el postoperatorio inmediato que se resolvió espontáneamente, una asimetría del surco submamario que no corregimos por negativa la paciente, y 2 casos con disminución de la sensibilidad del CAP, que correspondieron a las pacientes insatisfechas.

Grafico 1. Comparativa de satisfacción entre el equipo quirúrgico y las pacientes

Tabla III. Comparativa de satisfacción entre el equipo quirúrgico y las pacientes

VALIDACIÓN DE SATISFACCIÓN		
PACIENTES	GRUPO QUIRÚRGICO	PACIENTE
1	S*	S
2	S	S
3	S	I**
4	S	S
5	S	S
6	S	I
7	S	S
8	S	S
9	S	S
10	S	S
11	S	S
12	S	S
TOTAL	100%	83.3%

*S: Satisfactorio **I: Insatisfactorio

Discusión

Si bien otras técnicas tienen muy buenos resultados, la que proponemos en este trabajo puede tener mayores beneficios a nivel del polo inferior mamario ya que usando el colgajo de pectoral mayor (doble plano invertido), mejoramos la apariencia de dicha zona por brindarle adecuada cobertura a la vez que permite liberar de forma satisfactoria el anillo constrictor inferior sin temor a debilitar esta área.

Es indispensable la remodelación del tejido mamario para obtener un resultado armónico, por lo que aconsejamos realizar secciones del anillo constrictor.⁽¹⁰⁾ En ocasiones, dichas secciones en una zona donde hay poco tejido glandular y celular subcutáneo, pueden generar debilidad herniando la prótesis y quedando esta en contacto con la piel, por lo que la utilización del colgajo de pectoral mayor le aporta más tejido y protección a dicha zona de déficit.

La realización de colgajos reversibles,^(8,15) descritos por Puckett, Cocannon⁽¹⁰⁾ o Ribeiro,⁽⁸⁾ otorgan homogeneidad y volumen al polo inferior de la mama, pero tienen como limitante el que solamente pueden ser utilizados en pacientes que tengan suficiente tejido mamario.

La utilización de prótesis anatómicas⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ para el polo inferior, tal y como describen Rancati y González,⁽¹⁷⁾ puede ser de utilidad; sin embargo este tipo de implantes pueden rotar y producir deformidades en la mama de la paciente. Por otro lado, si bien dan mayor proyección

Fig. 8 A. Preoperatorio en paciente de 32 años con mama tuberosa grado I según clasificación de Grolleau y col. **B.** Medio perfil izquierdo. **C.** Perfil completo derecho. **D-F.** Se realizó la técnica descrita con tratamiento del y CAP colocación de prótesis redondas de perfil extra alto de 270 cc. Postoperatorio a los 8 meses

en el polo inferior de la mama, no aportan más tejido de cobertura a la prótesis. Usando el colgajo de pectoral mayor con prótesis redondas 100% llenas, proveemos una buena forma del polo inferior, mayor cobertura y ante una rotación del implante en el plano frontal, no se produce una alteración de la morfología mamaria.

En comparación con la técnica de Palacín,⁽¹⁵⁾ este autor utiliza un abordaje submamario que consideramos que, en una paciente con poco tejido en el polo inferior, puede favorecer la dehiscencia y la exposición del implante; adicionalmente las incisiones glandulares transversales pueden provocar irregularidades y herniaciones de la prótesis en zonas de poca cobertura.

En aquellas pacientes que tienen una terminación alta del pectoral mayor, el colgajo va a estar principalmente formado por la fascia del pectoral; por ende, como un aporte a la técnica descrita, se puede realizar en un segundo tiempo una lipotransferencia como tratamiento coadyuvante, utilizando la técnica descrita por Coleman.^(18,19)

Todas las técnicas descritas para la corrección de la mama tuberosa utilizan un plano subglandular y subfasial; la técnica a la que estamos haciendo referencia es la primera en ofrecer como alternativa el plano submuscular en el polo inferior y el subglandular a nivel superior de la mama, con el uso del colgajo de pectoral mayor (doble plano invertido).

Fig. 9 A. Preoperatorio en paciente de 24 años con mama tuberosa grado III según clasificación de Grolleau y col. B. Se realizó la técnica descrita con tratamiento del CAP y descenso del surco submamario, más colocación de prótesis redonda de perfil extra alto de 360 cc. Resultado a los 5 meses de postoperatorio.

Fig. 10 A-C. Preoperatorio en paciente de 41 años con mama tuberosa grado I según clasificación de Grolleau y col. Antecedente de lactancia. D-F. Postoperatorio a los 8 meses tras realización del tratamiento descrito con colocación de prótesis redondas de perfil extra alto de 330 cc.

Fig. 11 A. Preoperatorio en paciente de 19 años con mama tuberosa grado III según clasificación de Grolleau y col. B. Postoperatorio a los 30 días tras la técnica descrita y colocación de prótesis redondas de perfil extra alto de 330 cc y tratamiento del CAP complementario.

Fig. 12 A y B. Preoperatorio en paciente de 29 años con mama tuberosa grado II según clasificación de Grolleau y col. C y D. Se realizó la técnica descrita con colocación de prótesis redondas de perfil extra alto de 300 cc. Postoperatorio a los 8 meses.

Conclusiones

La técnica de doble plano invertido con colgajo de pectoral mayor para la plastia de mamas tuberosas otorga una mayor cobertura en el polo inferior, única en utilizar cobertura muscular en la reparación de esta afección; es de fácil reproducción, tiene una curva de aprendizaje sencilla y la anatomía de la zona es constante, segura y conocida.

Esta metodología no aumenta el grado de complicaciones o de morbilidad en comparación con otros tratamientos descritos y proporcionó resultados satisfactorios entre nuestras pacientes, por cuanto podemos recomendar su uso sistemático para la corrección de esta anomalía, cualquiera que sea el grado de afección.

Dirección del autor

Dr. Agustín H. Ali
Av. Santa Fe 3269, piso 1, dto. A
CABA, Argentina
Cp. 1425
Correo electrónico: aali@intramed.net

Bibliografía

1. **Kolker AR., Collins MS.** Tuberous breast deformity: Classification and treatment strategy for improving consistency in aesthetic correction. *Plast. Reconstr. Surg.* 2015; 135: 73-86.
2. **Mandrekas AD., Zambacos GJ., Anastasopoulos A. et al.** Aesthetic Reconstruction of the Tuberous Breast Deformity. *Plast. Reconstr. Surg.* 2003; 112: 1099-1108.
3. **Danielle M., DeLuca-Pytell R., Piazza, BA, et al.** The Incidence of Tuberous Breast Deformity in Asymmetric and Symmetric Mammoplasty Patients. *Plast. Reconstr. Surg.* 2005; 116:1894-1899.
4. **Costagliola M., Atiyeh B., Rampillon F.** Tuberous Breast: Revised Classification and a New Hypothesis for its Development. *Aesth Plast Surg.* 2013; 37:896-903.
5. **Grolleau JL., Lanfrey E., Lavigne B. et al.** Breast Base Anomalies: Treatment Strategy for Tuberous Breasts, Minor Deformities, and Asymmetry. *Plast. Reconstr. Surg.* 1999; 104: 2040-2048.
6. **Cuenca-Guerra R., Lugo-Beltran I.** Mama tuberosa: Etiopatología, clasificación y tratamiento quirúrgico. *Cir. Plast.* 2001;11(1):10-15.
7. **Imahiyebo T., Ascherman JA.** Discussion: Tuberous Breast: Revised Classification and a New Hypothesis for its Development. *Aesth Plast Surg.* 2013; 37:904-905.
8. **Ribeiro L., Waldecir C., Alfonsso B. Alfonso A.** Tuberous Breast: A New Approach. *Plast. Reconstr. Surg.* 1998; 101: 42-50.
9. **Vassaro VO., Ali AH., Capponi, DM.** Colgajo de pectoral mayor basado en perforantes internas inferiores. Doble plano invertido. *Cir. plást. iberolatinoam.* 2010; 36 (2): 107-114.
10. **Puckett CL., Concannon MJ.** Augmentating the narrow based breast: the unfurling technique to prevent double-bubble deformity. *Aesth. Plast. Surg.* 1990; 14:15-19.
11. **Costerton JW.** Las biopelículas bacterianas: causa común de infecciones persistentes. *Ciencia* 1999, 284:1318-1322.
12. **Donlan RM.** Papel de biopelículas en resistencia a los antimicrobianos. *ASAIO J.* 2000; 46 (6): S47-S52.
13. **Qian Z.** Investigación del mecanismo del efecto biopelículas. *J. Biomed. Mater. Res.* 1999; 44:198-205.
14. **Hammond DC.** The Periareolar Approach to Breast Augmentation. *Clin. Plast. Surg.* 2009; 36 (1):45-48.
15. **Palacín Casal JM.** Mamoplastia transversal en mamas tuberosas. *Cir. plást. iberolatinoam.* 2011; 37 (3): 205-214.
16. **Foustanos A., Zavrides H.** Surgical Reconstruction of Tuberous Breast. *Aesth. Plast. Surg.* 2006; 30:294-300.
17. **Rancati A., González E., Vidal L., Murias M., Irigo M.** Corrección de la mama tuberosa solo con implantes anatómicos. *Cir. plást. iberolatinoam.* 2013; 39 (3):255-260.
18. **Coleman SR.** Structural Fat Grafting, en: Grabb and Smith's Plastic Surgery. Ed. Charles H. Thorne, (Philadelphia, EE.UU.) 2007, capítulo 47, Pp: 480-485.
19. **Coleman SR., Saboeiro AP.** Fat Grafting to the Breast Revisited: Safety and Efficacy. *Plast. Rec. Surg.* 2007; 119 (3): 775-85; discusión 786-787.

Comentario al artículo "Utilización del doble plano invertido en el tratamiento de la mama tuberosa"

José M. PALACÍN CASAL

Especialista en Cirugía Plástica, Centro Médico Teknon, Barcelona, España

El artículo presentado por el grupo del Dr. Agustín H. Ali expone en su artículo una técnica quirúrgica para la corrección de mamas tuberosas que a mi entender, suscita varios comentarios.

Respecto al tratamiento de la glándula mamaria, los autores dicen realizar incisiones radiadas en el polo inferior de la mama tuberosa, tratando de distenderlo. Creo que este tipo de incisiones, esquematizadas en la Fig. 2, no acostumbra a tener ningún efecto expansor, puesto que se realizan sobre una mínima cantidad de tejido mamario que quedará debilitado y con posibles problemas de irrigación. Las incisiones que esquematizan los autores en la Fig. 3 no son radiadas como las anteriores, sino horizontales, y de asociarse a las anteriormente citadas, fácilmente pueden dar lugar a problemas de vascularización de esa zona glandular incidida radial y horizontalmente.

Nuestro concepto de 3 incisiones horizontales en polo superior, medio e inferior, aporta la confección de 3 colgajos glandulares que por deslizamiento hacia abajo, desplazan el tejido glandular desde los polos superiores hacia los inferiores (expansión vertical inferior), garantizando la correcta vascularización de los mismos.

En cuanto al colgajo doble plano invertido que describen los autores, creo que puede ser interesante para aportar cobertura a la prótesis en el polo inferior, si bien creo que la necesaria disección mas allá de la fascia del recto abdominal, dificulta mucho la correcta definición del surco submamario, tal y como vemos en el caso presentado en la Fig. 11.

Sería también interesante conocer de los autores sobre los posibles problemas de animación muscular consecutivos a la realización de este tipo de técnica.

Respuesta al comentario del Dr. Palacín Casal

Agustín H. ALI

Estimado Dr. Palacín:

Es un honor haber recibido sus comentarios acerca de nuestro artículo y espero poder resolver sus dudas.

En primer término es correcta su apreciación acerca de las incisiones radiadas en forma vertical, por lo que siempre ponemos cuidado en no realizarlas de espesor completo para conservar al máximo posible la vascularización de la zona. Por otro lado, nos parecen muy interesante las incisiones horizontales, descritas por Ud., pero no podemos comparar los resultados ya que no tenemos experiencia con dicha técnica.

En lo que respecta a la disección hacia la parte inferior del colgajo, consideramos que es necesario realizarla llegando casi hasta la fascia del recto en aquellas pacientes que presentan un polo inferior mamario con mínimo desarrollo, obteniendo una buena posición del surco submamario en el resultado a largo plazo. Tras ha-

ber realizado un gran número de disecciones cadavéricas del surco submamario con el Dr. Giacomotti, relator de múltiples trabajos de investigación anatómica en esta misma revista, llegamos a la conclusión de que el mismo no es una entidad anatómica en sí, sino que es producto de un desarrollo del volumen mamario por encima de este punto.

Por último, y con respecto a la dinámica de la mama con la implementación del colgajo que describimos en nuestro trabajo, es nula ya que la porción muscular que se utiliza queda únicamente anclada a su vascularización basada en su pedículo interno.

Aprovecho esta oportunidad para darle un cordial saludo y agradecer de antemano su atención y colaboración.