

Mama tuberosa: Etiopatología, clasificación y tratamiento quirúrgico*

Dr. Ramón Cuenca-Guerra,** Dr. Ignacio Lugo Beltrán***

RESUMEN

Existe una variedad importante de malformaciones en la apariencia y volumen de la glándula mamaria que se caracterizan por anomalías en su base, preferentemente en los cuadrantes inferiores. La mama tuberosa es la más típica, pero no la única, forma de estas anomalías. Se revisan las posibles causas de esta deformidad mamaria basal. Exponemos la casuística de 29 mamas operadas por esta anomalía, 13 bilaterales y 3 unilaterales, clasificándolas en cuatro tipos de acuerdo a la severidad de la deformación. En el tipo I encontramos hipoplasia del cuadrante medial inferior; en el tipo II la deficiencia es en ambos cuadrantes inferiores pero con suficiente piel por debajo del complejo areola-pezón (CAP); el tipo III se diferencia del II en que hay insuficiente piel por debajo del CAP; y en el tipo IV encontramos constrictión mamaria severa con base mínima de la mama. Se propone un procedimiento quirúrgico basado en una vía de acceso periareolar, con un colgajo glandular de pedículo basal inferior, con la aplicación o no de prótesis mamarias de acuerdo al volumen existente.

Palabras clave: Mama tuberosa, mama tubular, complejo areola-pezón, implantes mamarios, mamoplastia periareolar.

SUMMARY

There is a wide variety of malformations that affect the appearance and volume of the mammary gland, characterised by abnormalities on its base, particularly in the lower quadrants. The tuberous breast is the most typical, but not the only form of this abnormality. This paper deals with the possible causes of this basal mammary deformity. We report 29 procedures on 16 patients (13 bilateral and 3 unilateral), classifying them in four groups, depending on the severity of the malformation. In type I patients with hypoplasia of the lower-middle quadrant were classified; in type II the deficiency is in both lower quadrants, but with enough skin under the nipple-areola complex; type III differs from type II because of lack of skin under the nipple-areola complex, and in type IV we find severe mammary constriction with minimal mammary gland base. We propose a surgical procedure based on a periareolar approach, with a glandular flap based on a basal-inferior pedicle, with or without breast implant placement, according to the previous and/or existing volume.

Key words: Tuberous breast, tubular breast, nipple-areola complex, mammary implants, periareolar mammoplasty.

INTRODUCCIÓN

Las malformaciones de contorno en las glándulas mamarias se han descrito con una gran variedad de nombres, tales como mama tuberosa,¹ mama tubular,² complejo areolar herniado,³ deformidad de Sno-

opy,⁴ hipoplasia de polos inferiores,⁵ y mama constreñida.⁶

Estas deficiencias de forma, poco comunes, están incluidas en la misma entidad anatómica y clínica, la cual está caracterizada por un anillo constrictivo que provoca la herniación del complejo areola pezón, (CAP) obligándolo a sobrecrecer y ser muy protuberante; diámetro deficiente de la base mamaria tanto a nivel vertical como horizontal, e hipoplasia glandular inconstante.⁷ Estos signos de deformación en la base mamaria tienen grados muy variables de severidad clínica, y los más comunes son los menos severos, que en la mayoría de los pacientes pasan desapercibidos.

* Presentado en el XXXII Congreso Nacional AMPCER, Morelia, Michoacán, febrero 2001.

** Profesor Titular y Jefe de Servicio. Cirugía Plástica y Reconstructiva, CMN "20 de Noviembre", ISSSTE.

*** Médico Adscrito y Profesor Asociado. Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, CMN "20 de Noviembre", ISSSTE.

De acuerdo con Grolleau,⁸ la posible causa de esta patología basal mamaria se iniciaría en la pubertad, al momento del inicio del desarrollo glandular. La carga hormonal púber dispara el desarrollo mamario produciendo una proyección anterior del CAP, crecimiento periférico glandular con despegamiento de la fascia superficial y agrandamiento de la base (*Figura 1*). Si por algún motivo existe alguna anomalía en la fascia superficial, como podrían ser fuertes adherencias entre la dermis y el plano muscular, principalmente a nivel de los cuadrantes inferiores,

provocaría que el desarrollo periférico a este nivel no se llevara a cabo, dando una hipoplasia basal, además de un agrandamiento del CAP. En algunos casos, (generalmente en los tipos más severos) si el CAP tiene una estructura muscular y tejido conectivo débiles, el tejido glandular se hernia a través de la areola⁹ (*Figura 2*).

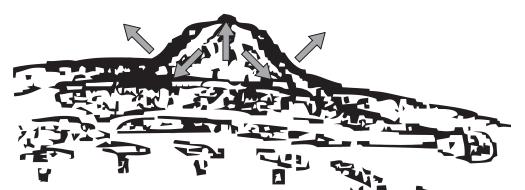
MATERIAL Y MÉTODO

En un periodo de cinco años se operó 29 mamas en 13 pacientes con patología bilateral y tres unilateral, referidas por inconformidad con el volumen y forma de sus mamas. Las pacientes tenían de 16 a 32 años de edad, con un promedio de 24 años, todas con anormalidad mamaria basal, predominantemente de cuadrantes inferiores, con o sin protrusión del CAP.

Las imperfecciones mamarias se clasificaron de acuerdo con von Heimburg,⁹ en cuatro tipos (*Figura 3*):

Tipo I. Caracterizado por hipoplasia del cuadrante medial inferior, que da la apariencia de "S" itálica al borde medial de la mama. Independientemente del volumen mamario los cuadrantes laterales parecen mayores: 16 mamas.

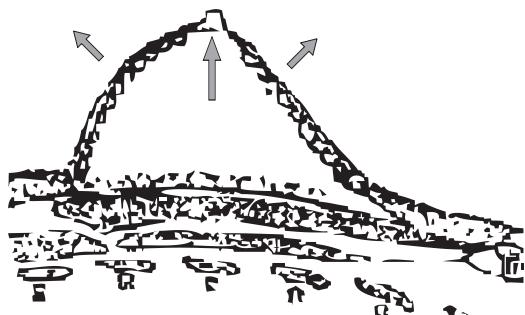
Tipo II. En este subgrupo se encuentran las mamas con hipoplasia de ambos cuadrantes inferiores, donde el CAP se encuentra descendido; no obstante se cuenta con suficiente piel subareolar: 5 mamas.



Mama púber



Mama núbil



Mama adulto

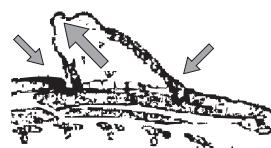
Figura 1. Desarrollo normal de las glándulas mamarias.



Mama púber



Inicia desarrollo anormal



CAP débil
herniación



CAP fuerte

Figura 2. Desarrollo probable de la mama tuberosa. Las flechas marcan las adherencias anormales de la fascia a dermis, lo que provoca crecimiento en el eje postero-anterior del tejido mamario, dando la forma característica de esta patología.

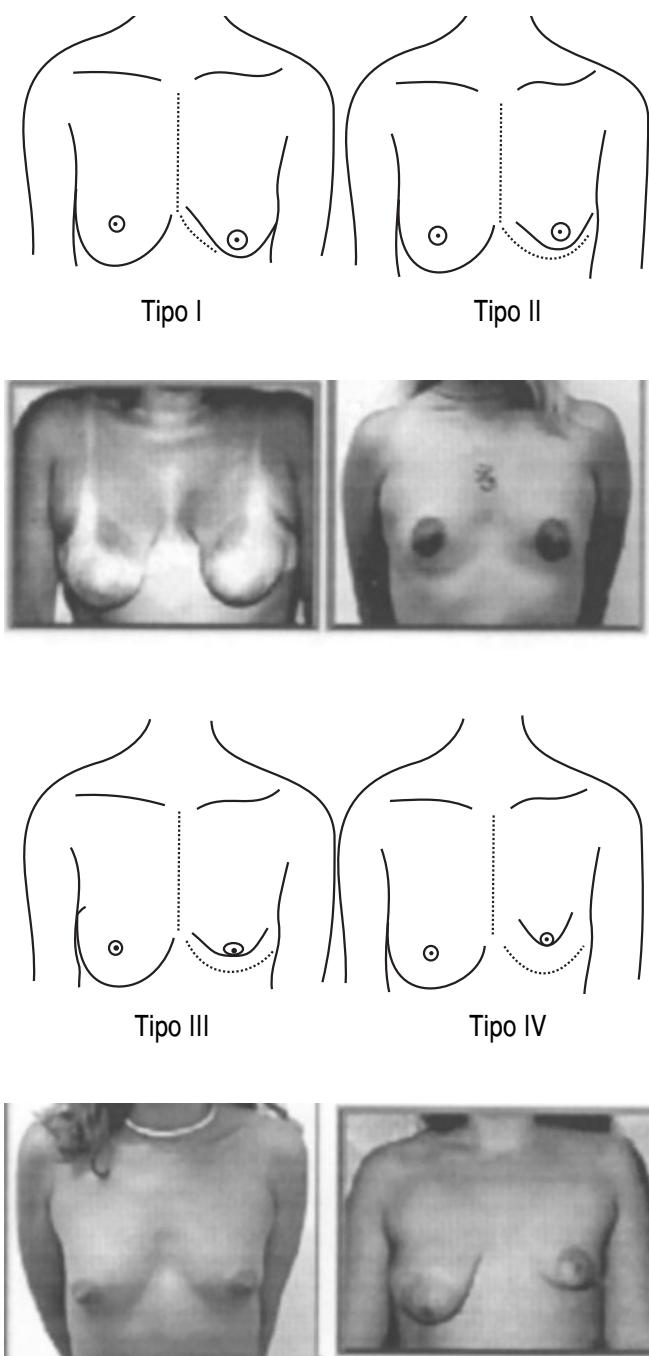


Figura 3. Clasificación de la mama tuberosa según von Heimburg.

Tipo III. Igual que en el tipo II, hay hipoplasia de los dos cuadrantes inferiores, pero con insuficiente piel de la areola al surco submamario: 4 mamas.

Tipo IV. El más severo de este grupo de anomalías. Se caracteriza por hipoplasia de los cuatro cuadrantes mamarios y la base mamaria está constreñida, tanto horizontal como verticalmente; en la forma típica la

mama aparenta un tubérculo con o sin herniación del CAP, pero en algunos casos únicamente aparenta una hipoplasia general con agrandamiento en el diámetro de la areola: 4 mamas.

Con estos criterios y considerando cada mama en forma individual, se documentó la frecuencia de cada tipo, dado que las pacientes con patología bilateral, tenían tipos diferentes en cada mama, y de acuerdo con el tipo se determinó la variante de técnica quirúrgica a seguir.

Técnica quirúrgica

Con la paciente sentada se marca la base real y la base ideal de la mama, así como el diámetro del CAP, que en general es de 4 a 5 cm. También se marca el surco submamario real (donde se encuentra el anillo constrictivo) y el nuevo surco ideal. Bajo anestesia general con toda la rutina quirúrgica se procede a incidir el CAP, retirando el sobrante externo, (en forma de dona) dejando un halo de aproximadamente 2 a 3 mm, se continúa con la disección periférica de la glándula mamaria hasta el marcate de la base ideal, al terminar la disección se marca el colgajo en los cuadrantes inferiores, (con pedículo basal a nivel del surco submamario ideal) y se talla dividiendo el tejido mamario en dos porciones: la porción cefálica con el CAP y la caudal que es propiamente el colgajo basal inferior irrigado por la cuarta, quinta y sexta arterias intercostales. Una vez tallado el colgajo se crea una cavidad submamaria para incluirlo con dirección cefálica, y posteriormente dejar caer el colgajo cefálico (con el CAP) sobre él, dando algunos puntos de sutura absorbible para mantenerlo en su lugar (*Figura 4*). En caso de que no se cuente con suficiente

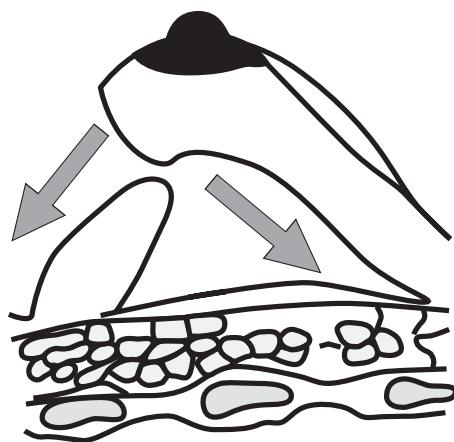


Figura 4. Colgajo de pedículo inferior basal aplicado en la cavidad subglandular.

tejido mamario, se tiene la opción de introducir una prótesis en la cavidad submamaria, ocasionalmente puede ir submuscular, cubriendola en sus polos inferiores con el colgajo basal (*Figura 5*). Se finaliza el acto quirúrgico con sutura intraareolar, lo que minimiza

la cicatriz a este nivel (*Figura 6*). En algunos casos en que el anillo constrictivo es severo hay la necesidad de extraer tejido mamario alrededor del CAP ("dona"). Se puede dejar o no drenaje, lo importante es ferulizar la mama con micropore durante 10 a 15 días.

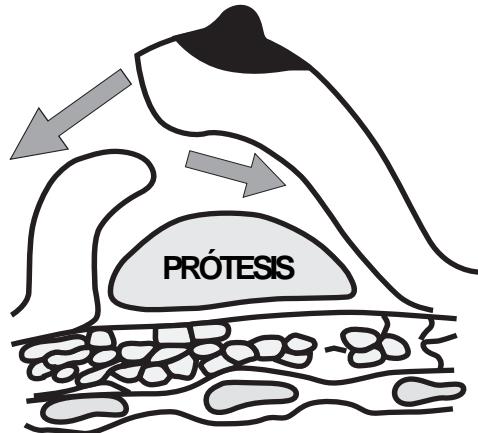


Figura 5. Prótesis mamaria aplicada en la cavidad y cubierta por el colgajo.

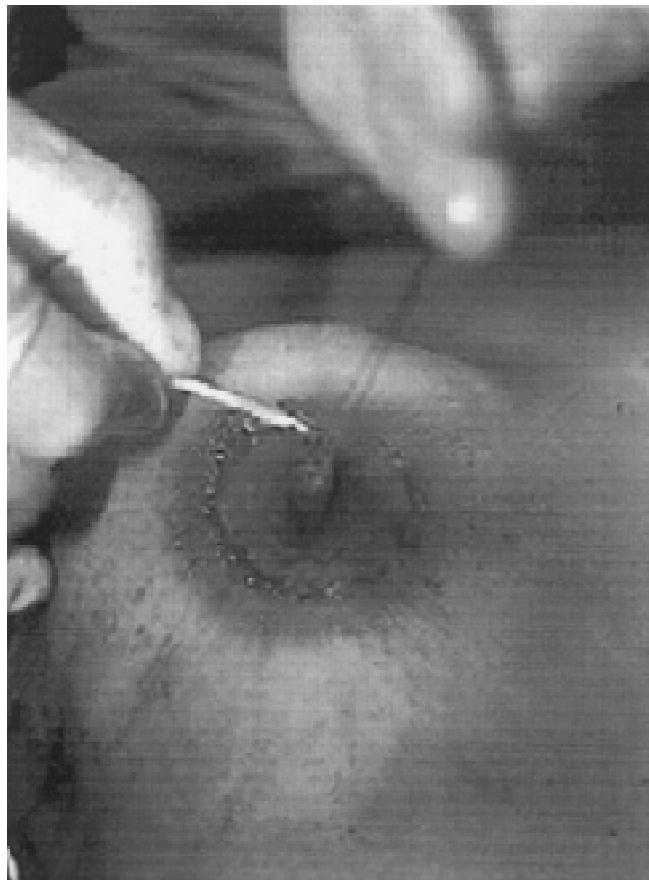


Figura 6. Sutura intraareolar.

RESULTADOS

De las 16 pacientes intervenidas, 13 tenían deformación bilateral y 3 unilateral, con diferentes tipos y grados de severidad en cada mama. Al considerar cada mama en forma individual, ($n = 29$) la frecuencia de los tipos fue:

Tipo I, 16 pacientes (55.2%); Tipo II y III, nueve pacientes (31%), y Tipo IV, cuatro pacientes (13.8%). El 80% de las pacientes (12) tenían asimetría.

Todas se intervinieron con la técnica descrita. De las 29 mamas intervenidas, se utilizaron implantes mamarios texturizados, redondos y de perfil alto en 16, (55%), con volúmenes que oscilaron entre los 220 mL y 250 mL y todos se colocaron en posición subglandular. No se presentaron incidentes o accidentes en el transoperatorio, ni complicaciones aparentes, con satisfacción subjetiva de todas las pacientes (*Figuras 7 a 9*).

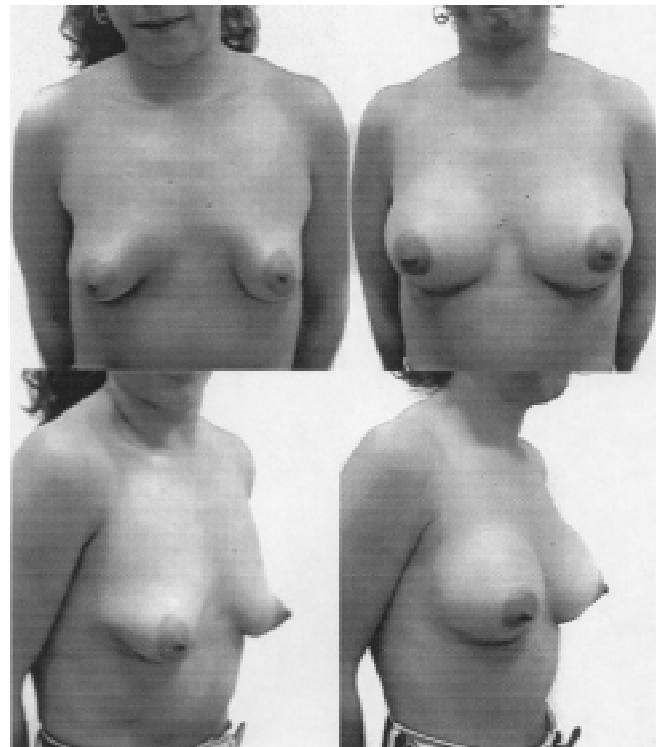


Figura 7. Caso clínico con deformidad tipo I: preoperatorio y postoperatorio.

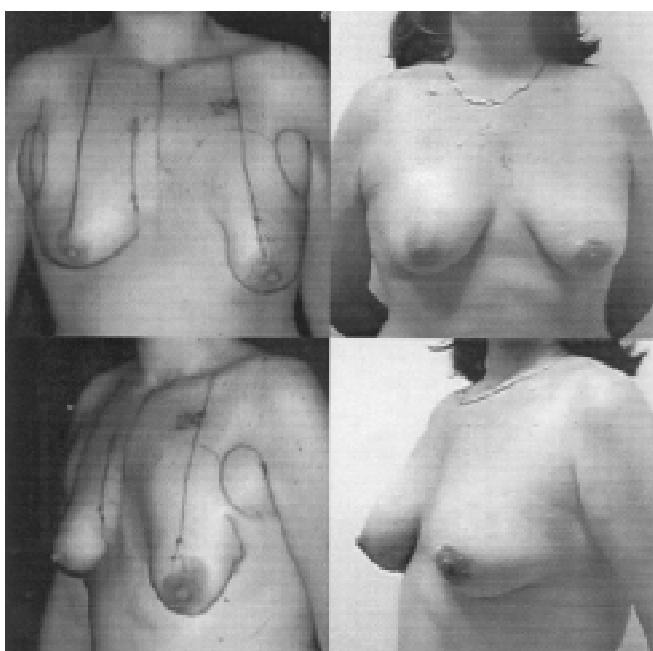


Figura 8. Deformidad tipo II: preoperatorio y postoperatorio.

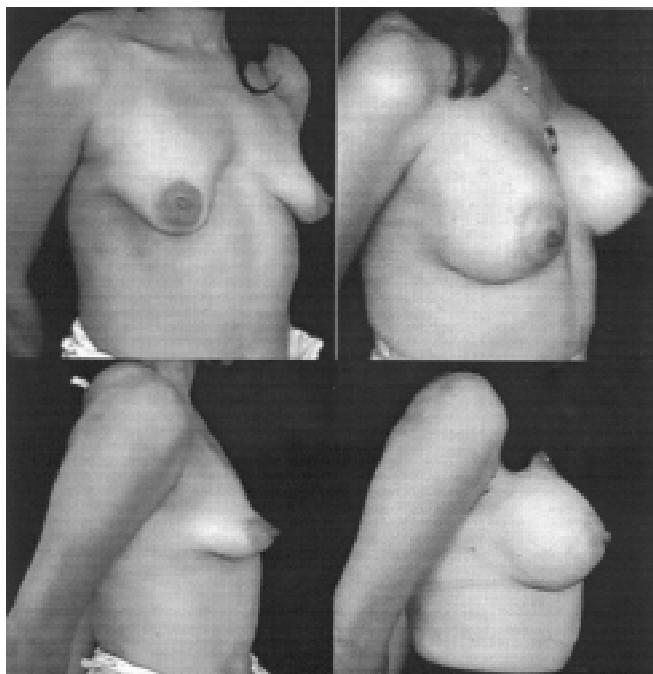


Figura 9. Deformidad Tipo III: preoperatorio y postoperatorio.

Comentario

La gran variedad de anomalías en la forma de mama permite aceptar la hipótesis etiopatogénica de que esta entidad se desarrolla a partir de la pubertad cuando ini-

cia el desarrollo mamario, dado que se presenta una anomalía en la fascia superficial, que produce una gran adherencia entre la dermis y el músculo, sobre todo en los cuadrantes inferiores.⁸ Durante los actos quirúrgicos de nuestras pacientes, se pudo constatar el anillo fibroso que da la apariencia, cutánea y fasciomuscular, de una especie de entrelazamiento de fibras fasciales alrededor de la base mamaria, como el que se presenta en el surco fibroso submamario natural de la mama. Este anillo fibroso puede llegar a ser tan fuerte que el desarrollo vertical y horizontal del tejido mamario no lo pueda romper, lo que conlleva a la constricción de la base mamaria y herniación del tejido en dirección del CAP.

La idea de la técnica quirúrgica que desarrollamos tiene como objetivo romper el anillo fibroso además de dar volumen subglandular con un colgajo de pedículo basal. De no tener suficiente volumen, podemos optar por aplicar una prótesis mamaria y cubrirla en sus polos inferiores con el colgajo. El agrandamiento de la areola lo resolvemos quitando un anillo intraareolar de piel, dejando un halo externo de areola para que la sutura y consiguiente cicatriz se localice dentro de ésta y sea menos perceptible. En algunos casos, aunque se resecó el anillo fibroso y se dio volumen y simetría suficientes y aceptables, se percibe una especie de doble contorno mamario, que con el tiempo se va disimulando; sin embargo, nunca desaparece. También constatamos que en algunos casos postoperados el CAP se aprecia como sobrepuesto, como un parche; no obstante es una secuela poco importante con respecto al resultado final de la corrección.

Debido a la serie de anomalías e irregularidades que se presentan en esta deformación, algunos autores, como Dinner,¹⁰ la definen como síndrome tubular/tuberoso mamario, ya que presenta una serie de signos o "estigmas", tales como hipertrofia del CAP, pseudoherniación del tejido mamario a través del CAP, hipoplasia con asimetría bilateral, constricción vertical con reducción del diámetro supero-inferior, y constricción transversa de la base. No siempre se encuentran todos estos estigmas. Dado que puede ser variable su aparición, se tiene que individualizar cada mama para el tratamiento quirúrgico adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rees T, Aston S. The tuberous breast. *Clin Plast Surg* 1976; 3: 339.
2. Williams G, Hoffman S. Mammaplasty for tubular breasts. *Aesth Plast Surg* 1981; 5: 51.
3. Bass C. Herniated areolar complex. *Ann Plast Surg* 1978; 1: 402.
4. Gruber R, Jones H. The "donut" mastopexy: indications and complications. *Plast Reconstr Surg* 1980; 65: 34.

5. Brink R. Evaluating breast parenchymal maldistribution with regard to mastopexy and augmentation mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1990; 86: 15.
6. Puckett C, Concannon M. Augmenting the narrow-based breast: the unfurling technique to prevent the double-bubble deformity. *Aesth Plast Surg* 1990; 14: 15.
7. Ribeiro L et al. Tuberous breast: a new approach. *Plast Reconstr Surg* 1998; 101: 43.
8. Grolleau JL et al. Breast base anomalies: treatment strategy for tuberous breast, minor deformities, and asymmetry. *Plast Reconstr Surg* 1999; 104: 2040.
9. von Heimburg H et al. The tuberous breast deformity: classification and treatment. *Br J Plast Surg* 1996; 49: 339.
10. Dinner M. Discussion. Tuberous breast: a new approach. *Plast Reconstr Surg* 1998; 101: 51.

medigraphic.com

Dirección para correspondencia:

Dr. Ramón Cuenca Guerra

Torre de Consultorios del Hospital Español de México
Av. Ejército Nacional 617-204, 11520 México, D.F. Tel.
5250-1814, Fax 5531-4633. Correo electrónico:
cirplast@prodigy.net.mx y
cuencaguerra@cirugiplastica.org.mx