

Pezón invertido: una técnica más

Dr. Armando Madrid Basurto,* Dr. Eugenio García Cano**

RESUMEN

El pezón invertido es un problema común y una condición clínica desafiante para su tratamiento. Se han descrito múltiples técnicas para su reparación; sin embargo, muchas de ellas comprometen su función. Diseñamos una técnica de reparación o reconstrucción que comprende la tracción y aplicación de sutura en la base del pezón bajo anestesia local. Éste es un procedimiento ambulatorio, fácil de realizar y de bajo costo. Sometimos a un total de seis pacientes a este procedimiento: una en estado de gravidez y cinco en estado no gestante, con citas subsecuentes para el control a los 3, 8, 30 y 60 días. No se observaron complicaciones con este procedimiento y la eversión del pezón tuvo un resultado satisfactorio a largo plazo. Desafortunadamente la paciente gestante abandonó su control postoperatorio. Presentamos una técnica sencilla, útil y confiable, con la que hasta el momento no hemos observado complicaciones y es posible utilizar en el embarazo.

Palabras clave: Pezón invertido, reparación, técnica.

SUMMARY

Inverted nipple is a common problem and a challenging clinical condition for treatment. Multiple techniques have been described for its repair; however, many of them compromise its function. We designed a technique to repair or reconstruct it that includes traction and the application of stitches at the base of the nipple under local anesthesia, an easy and low-cost outpatient procedure. A total of six patients underwent the procedure; one patient was pregnant and five were not. They had subsequent appointments for control after 3, 8, 30 and 60 days. There were no complications with this procedure. Eversion of the nipple had a satisfactory outcome in the long run. The pregnant patient unfortunately abandoned her postoperative control. We present a simple, useful and reliable technique with no complications so far, and it is possible to use it during pregnancy itself.

Key words: *Inverted nipple, correction, technique.*

INTRODUCCIÓN

El pezón invertido se describe como un pezón completo o una porción de él que se encuentra enterrado en los ductos lactíferos, o como un pezón no proyectado o que se encuentra por debajo del nivel areolar. Esta es una condición reconocida desde hace más de 100 años y su principal causa es la retracción del pezón por los tejidos más profundos. Schwager¹ demostró que por debajo del pezón normal se encuentra tejido conectivo más denso que el encontrado por debajo de un pezón invertido congénito. Estos hallazgos sugieren que la protrusión normal del pezón se debe

simplemente a un bulto mayor de tal tejido conectivo denso.²⁻⁴ Sin embargo, en la actualidad algunos autores consideran que la base fisiopatológica del pezón invertido es la presencia de ductos mamarios cortos no desarrollados, combinados con fibras resistentes de colágena.⁵⁻⁸ El pezón invertido puede ser adquirido o congénito, siendo el primero el más frecuente, con una prevalencia reportada del 2 al 10%. El pezón invertido congénito muestra falta de tejido conectivo y consta de ductos lactíferos hipoplásicos, así como de bandas fibrosas en la base del pezón. Los pezones invertidos se asocian con muchos problemas, como una pobre higiene, dificultad para amamantar, inflama-

* Cirujano Plástico. Centro Médico Medici, Puebla, Puebla.

** Médico Residente de segundo año de Cirugía General. Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad Médica de Alta Especialidad «Manuel Ávila Camacho», Puebla, Puebla.

ciones repetidas, estrés psicológico e insatisfacción con la autoimagen.^{3,4}

El pezón invertido se clasifica clínicamente en tres grupos: en el grado I, el pezón se puede traccionar manualmente con facilidad y mantener bien su proyección sin la tracción. El grado II también se tracciona manualmente, pero no de forma tan fácil como en el grado I. El pezón tiende a retraerse, tiene fibrosis moderada y los ductos lactíferos son levemente retractiles, pero no hay necesidad de resecaarlos para liberarlos de la fibrosis. Se ha demostrado que estos pezones son ricos en estroma colágena con numerosas uniones de músculo liso. El grado III es una forma severa en la que la inversión y retracción son significativas; traccionar el pezón manualmente es extremadamente difícil y la tracción con sutura es necesaria para mantener estos pezones protruidos.⁹ La fibrosis por debajo del pezón es significativa y el tejido blando es notoriamente insuficiente. En el examen histológico los ductos lactíferos terminales y las unidades lobulares se encuentran atroficas y reemplazadas por fibrosis severa.³ Se han desarrollado muchas técnicas que están en uso actualmente para corregir el pezón invertido. La diversidad de técnicas indica la falta de una solución buena, sustentable y durable para este problema tan común.¹⁰ El propósito de este trabajo es describir una técnica quirúrgica, sus aplicaciones clínicas y las ventajas de la misma.

METODOLOGÍA

Realizamos seis correcciones de pezón invertido en el periodo de 2007 a 2010 en pacientes entre los 22 y 42 años de edad, una de ellas en estado grávido, con citas subsecuentes para control a los 3, 8, 30 y 60 días. Se realizó la técnica previo consentimiento informado.

Técnica quirúrgica

Se emplea anestesia local más sedación si se requiere. El equipo instrumental necesario es el siguiente: portaguñas, hoja de bisturí del número 11, dermalón o prolene 2 y 3-0, tijera de mayo, tijera de iris, gancho sencillo y pinzas Adson Brown.

Se identifica la mama con el pezón invertido. Con la paciente en bipedestación se procede a marcar en los horarios de las manecillas del reloj (12, 3, 6 y 9) utilizando violeta de genciana o verde brillante. Previa asepsia, antisepsia y colocación de campos estériles se infiltra con 2 mL como máximo de lidocaína simple o epinefrina en la región subareolar; se realiza una incisión puntiforme de aproximadamente 2 a 3 mm

con hoja de bisturí del número 11 por arriba de los sitios previamente marcados. Se tracciona gentilmente el pezón invertido con el gancho instrumentado. Se procede a introducir dermalón o prolene 2 o 3-0 en cualquiera de los sitios marcados, de tal forma que si se introduce en el horario de las seis, salga en el horario de las nueve, volviendo a introducir en el horario de las nueve para salir en el horario de las 12, y así sucesivamente hasta completar una jareta interna, terminando en el sitio de inicio. Una vez completada la jareta interna se coloca un gancho simple tomando el pezón para lograr su eversión, de tal forma que pueda anudarse suavemente una jareta hasta impedir la retracción del pezón. No es necesario dar puntos externos en las heridas puntiformes iniciales. Se vigila la coloración para evitar isquemia del pezón y se cubre la herida en forma aséptica (*Figuras 1 a 10*).



Figura 1. Marcado en el horario de las manecillas del reloj 12, 3, 6 y 9.



Figura 2. Infiltración con 2 mL de lidocaína.



Figura 3. Incisión puntiforme con hoja de bisturí del número 11.



Figura 6. Tracción del pezón con gancho.



Figura 4. Incisiones puntiformes en sitios horarios.



Figura 7. Paso de sutura de un horario a otro.



Figura 5. Sutura con dermalón o prolene.



Figura 8. Se completa la jareta interna.



Figura 9. Se anuda suavemente la jareta.



Figura 12. Mama izquierda: preoperatorio.



Figura 10. Se cubre la herida en forma aséptica.



Figura 13. Mama derecha: postoperatorio inmediato.



Figura 11. Mama derecha: preoperatorio.



Figura 14. Mama izquierda: postoperatorio inmediato.



Figura 15. Mama derecha: postoperatorio tardío.



Figura 16. Mama izquierda: postoperatorio tardío.

RESULTADOS

Los resultados fueron adecuados en las pacientes. No se observaron complicaciones en los controles a los 3, 8, 30 y 60 días, y la eversión del pezón continuó vigente todo ese tiempo. La paciente gestante no acudió a consulta de control (Figuras 11 a 16).

CONCLUSIÓN

Desarrollamos una técnica sencilla, fácil de realizar, útil, rápida, no dolorosa, bajo anestesia local, carente de complicaciones, factible de realizar en paciente gestante, económica, de forma ambulatoria, que no interrumpe la función principal de la glándula mamaria y se puede realizar conjuntamente con procedimientos estéticos (implante mamario más corrección de pezón invertido).

REFERENCIAS

1. Schwager R, Smith JW, Gray GF, Goulian D. Inversion of the human female nipple with a simple method of treatment. *Plast Reconstr Surg* 1974; 54: 564.

2. Akira Y, Katsuyuki O, Hiroshi T. Correction of the inverted nipple. *Aesth Plast Surg* 1986; 10: 51-53.
3. Karacaoglu E. Correction of recurrent grade III inverted nipple with antenna dermo adipose flap: case report. *Aesth Plast Surg* 2009; 33: 843-848.
4. Min KH, Park SS, Heo CY, Min KW. Scar-free technique for inverted-nipple correction. *Aesthetic Plast Surg* 2010; 34 (1): 116-119.
5. Chandler PJ Jr, Hill SD. A direct surgical approach to correct the inverted nipple. *Plast Reconstr Surg* 1990; 86: 352.
6. Crestinu JM. Inverted nipple: the new method of correction. *Aesth Plast Surg* 1989; 13: 189.
7. Crestinu JM. The correction of the inverted nipple without scars: 17 years' experience. *Aesth Plast Surg* 2000; 24: 52.
8. Pitanguy I. *Aesthetic surgery of the head and body*. Berlin: Springer-Verlag; 1984.
9. Han S, Hong YG. The inverted nipple: its grading and surgical correction. *Plast Reconstr Surg* 1999; 104: 189.
10. Morris R, Ram S, David M, Graeme S. Simple technique for inverted nipple correction. *Aesth Plast Surg* 2005; 29: 24-27.

Dirección para correspondencia:

Dr. Armando Madrid Basurto

Centro Médico Medici

16 Poniente Núm. 1907-207, Puebla, Puebla, México.

Tel/fax: 01 (222) 232 76 77; 2 42 08 43

E-mail: armandomadridb@hotmail.com