



MAMAS TUBEROSAS ¿QUIÉN, CUÁNDO Y CÓMO TRATARLAS?

Gurrea Almela E, Muñoz Contreras M, Lorca Alfaro S, Martínez Vicente L, Huelbes Ros A, Soto Amorós A, Peces Rama A, Machado Linde F
Hospital General Universitario Reina Sofía

INTRODUCCIÓN:

Las mamas tuberosas constituyen un deformidad congénita de la mama, que se caracterizan por presentar una constricción de la base, hipoplasia del tejido mamario o micromastia, malposición del pliegue inframamario, diámetro del complejo areola-pezones aumentado, herniación areolar y asimetría.

Son muchos los autores que han tratado de explicar su causa, establecer una clasificación y desarrollar una técnica quirúrgica con buenos resultados estéticos para resolver la malformación. En este caso tratamos de analizar una de ellas.^[1]

CLASIFICACIÓN DE VON HEIMBURG

TIPO I	Hipoplasia de cuadrante medial inferior
TIPO II	Hipoplasia de ambos cuadrantes inferiores Complejo Areola-Pezón descendido. Piel subareolar suficiente
TIPO III	Igual que tipo II, pero piel subareolar insuficiente
TIPO IV	Hipoplasia de los cuatro cuadrantes Base mamaria constreñida, vertical y horizontalmente

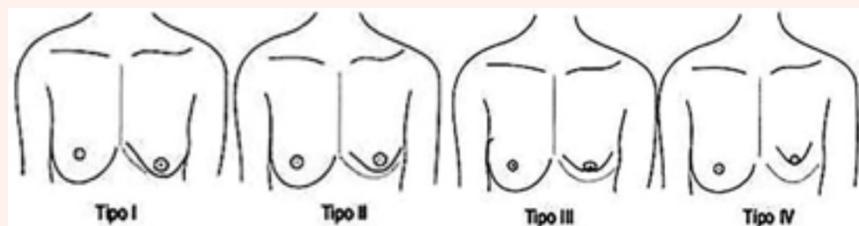


Fig 1. Proyección frontal precirugía Fig 2. Marcaje preparatorio

CASO CLÍNICO:

Paciente de 22 años, nulípara y sin antecedentes de interés, que consulta por deformidad de ambas mamas con repercusión a nivel psicológico. Exploración física: ambas mamas tuberosas, con hipotrofia de cuadrantes inferiores. Según la clasificación de Von Heimburg: mama izquierda, grado I- mama derecha, grado II (Fig 1). Dada la repercusión a nivel estético y el impacto psicológico que tiene dicha alteración sobre la paciente, se decide intervenirla para corregir quirúrgicamente el defecto.

TÉCNICA QUIRÚRGICA:

MASTOPEXIA PERIAREOLAR BILATERAL. Marcaje preoperatorio de la mastopexia periareolar (Fig 2). Incisión periareolar con desepitelización. Colgajo dermoglandular hasta borde del pectoral mayor y liberación de espacio subfascial. Sección del anillo contráctil glándular en polo superior e inferior mamario. Colocación de implantes anatómicos de máxima proyección de 225cc subfasciales en ambas mamas. Cierre por planos. Cierre round-block con sutura no reabsorbible. Sutura intradérmica continua reabsorbible en piel.



Fig 3. Proyección lateral derecha y frontal, 3 semanas tras cirugía.



Fig 4. Proyección lateral derecha y frontal, 1 mes tras cirugía.

DISCUSION:

De entre las técnicas quirúrgicas planteadas para tratar las mamas tuberosas, las que han demostrado ofrecer mejores resultados estéticos son aquellas que se basan en la sección del anillo fibroso en la fascia superficial, profunda y periareolar de la mama. Un punto en el que coinciden la mayoría de autores es en que colocar una prótesis mamaria, sin corregir la causa subyacente, acentuará la deformidad, no siendo posible lograr buenos resultados.

En nuestro caso, se ha tratado de seguir la técnica desarrollada por Mandrekas et al.^[2], obteniendo unos resultados satisfactorios (Fig 3 y 4).

Abordaje quirúrgico de las mamas tuberosas [3]

Referencia	Técnica quirúrgica
Rees y Aston	Expansión del diámetro de la base mamaria con un abordaje radial
Dinner y Dowden	Incisión sobre la banda cutánea que genera la deformidad
Ribeiro et al.	División horizontal del anillo fibroso
Mandrekas et al.	División vertical del anillo fibroso
Pacífico y Kang	Reducción areolar, debilitamiento subdérmico y colocación de un implante subglándular
Coleman y Saboeiro	Lipoinjerto de grasa autóloga

BIBLIOGRAFÍA:

- [1] Kolker A, Collins M. Tuberous Breast Deformity. *Plastic And Reconstructive Surgery*. 2015;135(1), 73-86.
 [2] Mandrekas A, Zambacos G, Anastasopoulos A, Hapsas D, Lambrinaki N, Ioannidou-Mouzaka L. Aesthetic Reconstruction of the Tuberous Breast Deformity. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2003;112(4):1099-1108.
 [3] Nahabedian M. Breast Deformities and Mastopexy. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2011;127(4):91e-102e.