

Tratamiento quirúrgico de la mama tuberosa (o mama en bellota)

J. Amorrortu*,
A. García-Vilanova**,
A. González-Cruz (Jr.)***,
C. Neira*, P. Marquina*,
S. Gallo*, V. Salazar*,
J. Ricard****

* Unidad de Cirugía Plástica.
** Unidad de Cirugía de Mama.
*** Servicio de Medicina Interna.
**** Servicio de Anestesia.
Unidad de Cirugía Plástica. Hospital General de Valencia. Avda. Tres Cruces, s/n. Valencia.

Dr. J. Amorrortu Velayos.
Unidad de Cirugía Plástica.
Hospital General de Valencia.
Avda. Tres Cruces, s/n.
46014 Valencia.

SUMMARY

The authors in this article review the current concepts regarding the «tuberous breast» or «tubular breast».

Our experience consist of the treatment of eight cases and on this basis the following modification is proposed and justified:

- *Change the name from «tuberous breast» to «acorn breast».*
- *Effect all treatment through the periareolar area.*
- *Correct the asymetry and augment the size of the base of the breast by inserting the prothesis in the subpectoral position.*

Palabras clave

Mama tuberosa, Mama en bellota, Tratamiento de la mama tuberosa.

Key words

Tuberous breast, Acorn breast, Treatment of the tuberous breast.

INTRODUCCION

El término mama tuberosa fue utilizado por primera vez por Rees y Aston en 1976¹ para describir una anomalía no muy frecuente en la patología morfológica de la mama, que en opinión de estos autores tendría la forma de un «tubérculo».

Esta alteración del desarrollo mamario consiste en una hipoplasia mamaria en la que además la mayor parte de la mama se encuentra embutida dentro del complejo areola-pezones, dándole una forma especial (fig. 1), lo que la caracteriza;^{1,2} además de la hipoplasia es una triada consistente en:

- Dilatación de la areola (diámetro areolar exageradamente grande).
- Base de implantación mamaria pequeña (diámetro de la base reducido).
- Proyección anterior de la mama que se encuentra introducida en gran parte dentro de la areola.

La etiología, probablemente, tiene que ver con la localización de un mayor número de receptores hormonales en el complejo areolar, con una mayor sensibilidad en la etapa puberal de estos receptores o con am-



Fig. 1. Dilatación areolar. Localización areolar de la mama.

bas. También podría pensarse en una atonía del músculo mamilar, lo que produciría una hernia glandular dentro de la areola.

La solución quirúrgica a este problema estético propuesta por diversos autores pretende, evidentemente, modificar las características de la mama.

Rees y Aston,¹ así como Willians,³ modifican la

proyección anterior mediante una «plicatura telescópica» de la mama.

El tamaño de la areola es reducida por la práctica totalidad de los autores¹⁻³⁻⁴ mediante extirpación de un anillo (o «donut») de la misma, que se complementa incluyendo en la extirpación un anillo de tejido mamario,⁵ 4 triángulos de tejido subareolar² o 2 triángulos cutáneos de dirección horizontal y de base en la areola.¹

El aumento de tamaño de la mama y su base es conseguida por la totalidad de los autores mediante la inserción de una prótesis mamaria.¹⁻⁷ Rees y Aston,¹ en las mamas con muy poca base modifican ésta, abordándola por vía submamaria para efectuar una incisión estrellada en la base y fijar los colgajos a la pared torácica.

MATERIAL Y METODOS

En el periodo comprendido entre 1985-1987 hemos tenido la oportunidad de tratar 8 pacientes afectas de esta malformación. Se trataba de mujeres jóvenes (entre 18 y 24 años) que presentaban una asimetría mamaria con hipoplasia más o menos acentuada y cuyas mamas (al menos alguna de ellas) reunían las características descritas en la introducción.

Fueron intervenidas quirúrgicamente bajo anestesia general individualizando la solución para cada paciente. Las características comunes de la técnica empleada fueron las siguientes:

- Abordaje vía periareolar (figs. 2 y 3).

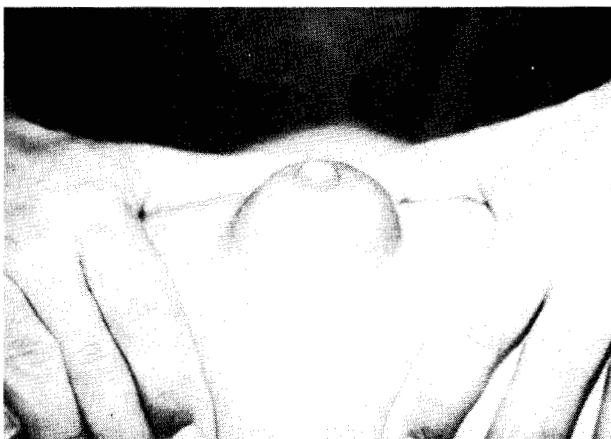


Fig. 2. Comprobación intraoperatoria de la localización areolar de la mama.



Fig. 3. Extirpación cutánea periareolar («donut»).



Fig. 4. Despegamiento cutáneo de la mama.

- Extirpación de un anillo (donut) de areola, sin incluir tejido mamario (fig. 4).
- Despegamiento subcutáneo de 3/4 distales de la proyección anterior de la mama.
- Mamoplastia de aumento y ampliación de la base mediante prótesis hinchable (suero fisiológico) colocada subpectoralmente vía periareolar - submamaria (figs. 5 y 6).
- Reducción de la proyección anterior de la mama mediante plicatura telescópica glandular (fig. 7).
- Acoplamiento de la cubierta cutánea a la mama mediante puntos dermoglandulares a diferentes alturas de la proyección mamaria, llevando los 2 bordes del «donut» a contactar (plicatura ascendente).



Fig. 5. Túnel para la inserción subpectoral de la prótesis.



Fig. 6. Introducción de la prótesis mamaria.



Fig. 7. Punto de «plicatura glandular».

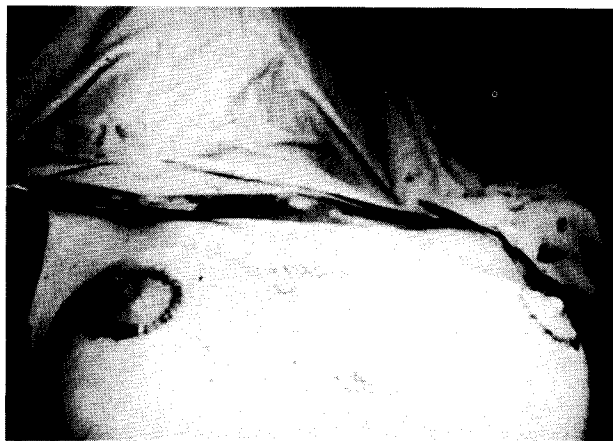


Fig. 8. Sutura cutánea.

— Reparto proporcional del exceso cutáneo del borde distal del «donut» en el borde proximal mediante puntos sueltos equidistantes (fig. 8).

Las características no comunes a cada paciente fueron la corrección de la asimetría de tamaño, la ptosis y en un caso la asimetría de implantación de la base mamaria. En 7 casos se corrigió la diferencia de volumen entre las mamas compensando el contenido en suero fisiológico de las prótesis. En un caso fue necesario corregir asimetría y ptosis; esta última mediante técnica de abordaje lateral (Dufourmentel modificado). En un caso fue necesario corregir la asimetría de implantación de la base y ésta se efectuó abordando la misma desde la incisión perioareolar, efectuando una incisión horizontal de 1,5-2 cm de profundidad en el 1/3 inferior de la base, formando un colgajo que fue traccionado en dirección inferior y mediante puntos sueltos fijado al plano muscular.

En 2 de las pacientes y en 2 testigos utilizamos, preoperatoriamente e intraoperatoriamente, un medidor de potenciales evocados tratando de obtener un electromiograma del músculo mamilar con el objeto de comprobar su funcionalidad.

DISCUSION

El término mama tuberosa («tuberous breast») utilizado inicialmente por Rees y Aston¹ nos parece poco representativo de la realidad, ya que la mama semeja más una «bellota» (o tal vez a una «nuez») que a un «tubérculo»; proponiendo el término de *mama en bellota* («acorn breast»).

La etiología de la malformación permanece oscura. En nuestro caso ninguna de las pacientes tenía antecedentes familiares de la alteración. El estudio electro-miográfico efectuado preoperatoriamente e intraoperatoriamente no puso de manifiesto ninguna actividad eléctrica tanto en las pacientes como en los testigos (estas últimas eran pacientes voluntarias que se sometían a una mamoplastia de reducción); sin embargo, la estimulación manual de los pezones y la aplicación de frío sí puso de manifiesto la capacidad contráctil del complejo areola-pezón (comprobado en todas las pacientes).

Desde el punto de vista del tratamiento nos parece que la totalidad de las correcciones pueden efectuarse por vía periareolar, no haciendo rutinariamente necesarias otro tipo de incisiones.

La técnica de la «plicatura telescópica» propuesta por Rees y Aston¹ nos ha dado excelentes resultados (figs. 9-14), asimismo como la técnica de extirpación de la areola en anillo («donut»), si bien consideramos que el excelente resultado a largo plazo (ausencia de recidivas) (figs. 15 y 16) se debe a la «plicatura ascendente» de la cubierta cutánea mediante puntos dermo-glandulares que permiten suturar la areola sin tensión y descargar la presión de la proyección anterior a lo largo de 2-3 puntos de apoyo.

El aumento de la base de implantación de la mama se consigue efectuando una mamoplastia de aumento con inserción subpectoral de la prótesis. Ello, por otra parte, evita la tendencia natural a la recidiva, que produciría

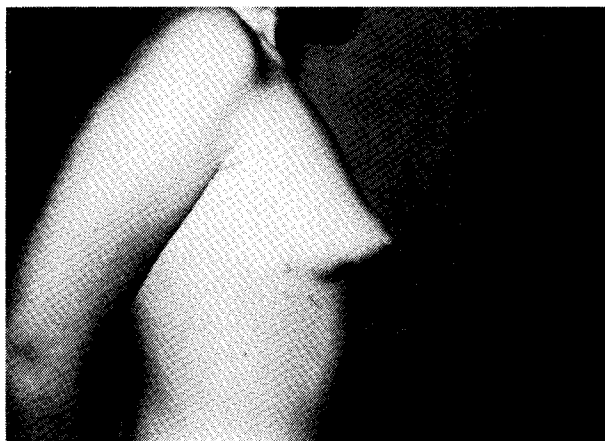


Fig. 10. Preoperatorio. Paciente vista de perfil derecho.

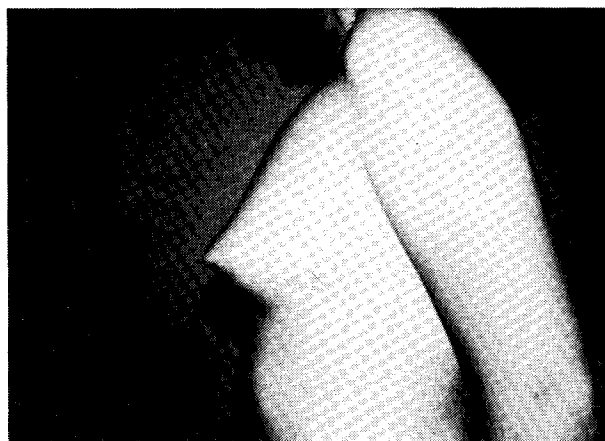


Fig. 11. Preoperatorio. Paciente vista de perfil izquierdo.

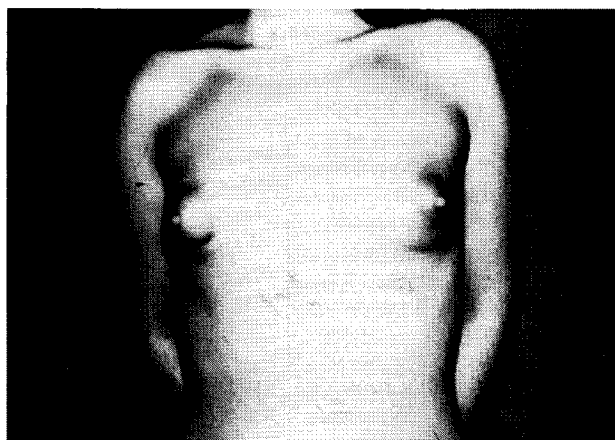


Fig. 9. Preoperatorio. Paciente vista de frente. Nótese, la hipoplasia, asimetría, reducción de la base mamaria y localización areolar de la glándula (fundamentalmente en la mama derecha).

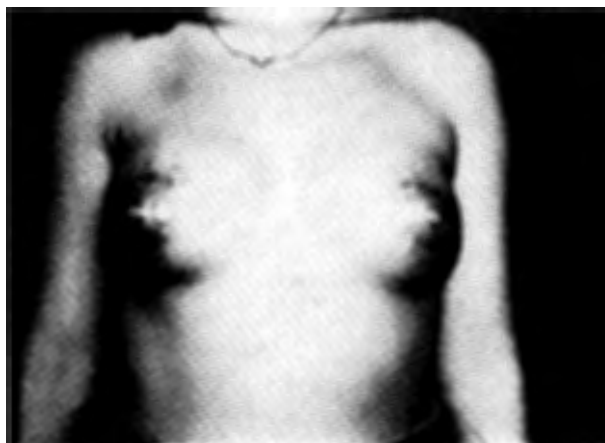


Fig. 12. Postoperatorio. Paciente vista de frente (3 meses).

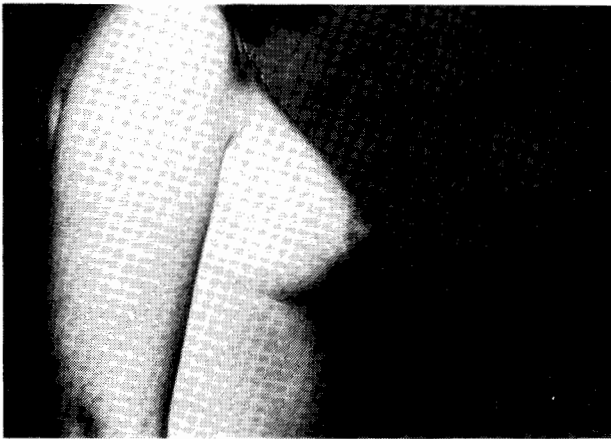


Fig. 13. Postoperatorio. Paciente vista de perfil derecho (3 meses).

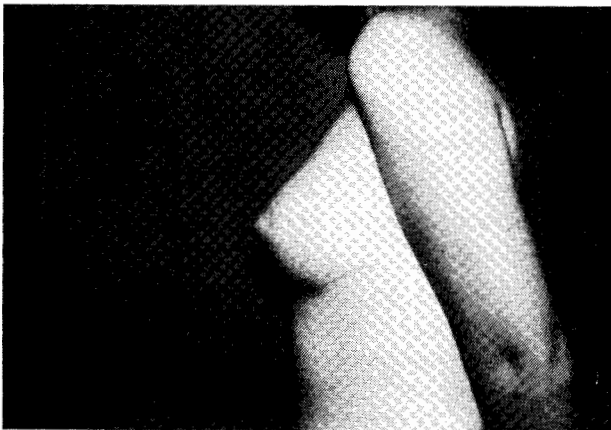


Fig. 14. Postoperatorio. Paciente vista de perfil izquierdo (3 meses).

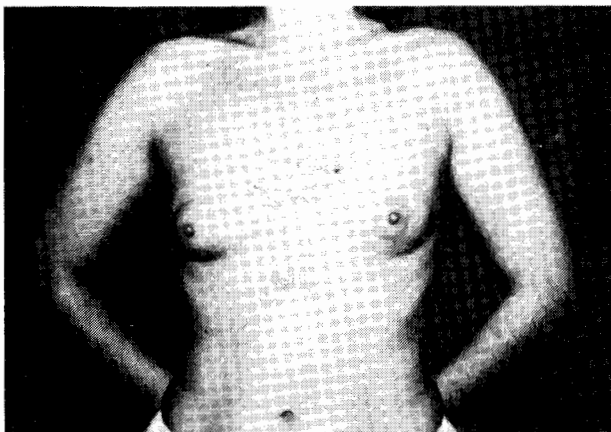


Fig. 15. Otra paciente. Postoperatorio visto de frente.

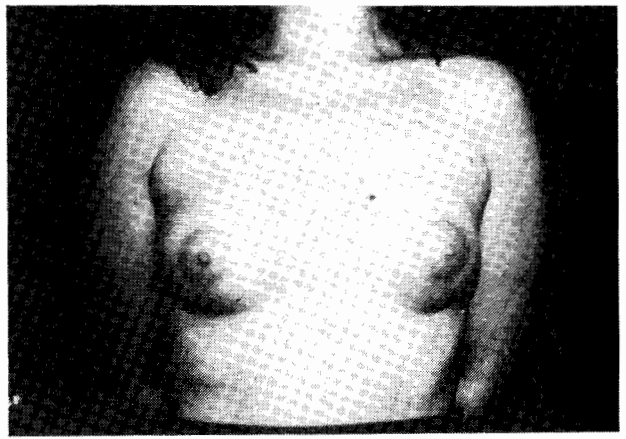


Fig. 16. La misma paciente de la figura 15. Postoperatorio visto de frente (1 año).

una prótesis colocada submamariamente al proyectar la mama en dirección anterior.

CONCLUSIONES

1. El término mama en bellota es más representativo que el de mama tuberosa para imaginar la morfología de esta alteración del desarrollo mamario.
2. La totalidad de las modificaciones a efectuar en la «mama en bellota» pueden ser efectuadas por vía periareolar.
3. La «plicatura telescópica» permite una buena corrección de la proyección anterior de la mama.
4. La extirpación en «donut» de la areola corrige el tamaño de la misma.
5. El aumento de la base mamaria se consigue mediante una mamoplastia de aumento con inserción subpectoral de la prótesis.
6. La «plicatura ascendente» de la cubierta cutánea permite una sutura sin tensión de la areola.
7. La recidiva se evita con la colaboración de la prótesis subpectoral y la plicatura ascendente.

RESUMEN

Los autores en esta comunicación revisan los conceptos actuales respecto a la «mama tuberosa» o «mama tubular».

La experiencia aportada es el tratamiento de 8 ca-

sos, y en base a esta experiencia, proponen y justifican las siguientes modificaciones:

- Sustituir el nombre de «mama tuberosa» por el de «mama en bellota».

- Efectuar todo el tratamiento por vía periareolar.
- Corregir la asimetría y aumentar el tamaño de la base mamaria insertando la prótesis mamaria en posición subpectoral.

REFERENCIAS

1. Rees TD, Aston SJ. The tuberous breast. *Clin Plast Surg* 1976; 3: 339-347.
2. Teimourian B, Adham MN. Surgical correction of the tuberous breast. *Ann Plast Surg* 1983; 10: 190-193.
3. Williams JE. En: *Reconstruction Breast Surgery*. Georgiade HD (ed.), pp. 62. Mosby, St. Louis, 1976.
4. Bass CB. Herniated areolar complex. *Ann Plast Surg* 1978; 1: 402-405.
5. Vecchione TR. A method for recontrouring the domend nipple. *Plast Reconst Surg* 1976; 57: 30-32.
6. Toranto IR. Two-stage correction of tuberous breast. *Plast Reconst Surg* 1981; 67: 642-646.
7. Teimourian B, Adham M. Congenital anomalies of nipple and areola. En: *Aesthetic Breast Surgery*. Georgiade N (ed.), pp. 347. Williams Wilkins, Baltimore-London, 1983.