

## CASO CLÍNICO

# Una aproximación a la sinmastia congénita a raíz de un caso

D. A. Utor, M.C. Granados

*Unidad Clínica de Patología Mamaria. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz*

### RESUMEN

La sinmastia congénita es una rara anomalía del desarrollo de las mamas, que presentan una excesiva aproximación medial con un puente cutáneo más o menos amplio que las une. El principal trastorno que ocasiona es estético, aunque en escasas ocasiones se puede asociar también a alteraciones de la piel del surco intermamario en forma de trastornos inflamatorios crónicos.

Presentamos un caso de sinmastia congénita leve con inflamaciones crónicas en la piel del surco intermamario, que fue tratada en otro centro sin éxito mediante la extirpación quirúrgica simple de dicha piel y cierre primario. La infección recidivó y acude a nosotros con una úlcera crónica.

**Palabras clave:** Sinmastia congénita. Infección crónica.

### ABSTRACT

The congenital symmastia is an infrequent alteration of the development of the breasts, which present an excessive medial approximation with a more or less widely cutaneous bridge that joins them. The principal disorder that causes is aesthetic, though in scanty occasions it is possible to associate skin alterations of the intermammary webbing, as inflammatory chronic disorders.

We explain a case of slight congenital symmastia with chronic inflammations in the intermammary webbing skin, which was attended in another hospital without success by means of the surgical simple removal of the skin and its suture. The infection recurs and the patient comes to us with a chronic sore.

**Key words:** Congenital symmastia. Chronic infection.

*Recibido:* 16-06-09.  
*Aceptado:* 02-09-09.

*Correspondencia:* Diego Alejandro Utor Fernández. C/ Real, 256, 3º B. 11100 San Fernando, Cádiz. e-mail: alejandrouter@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

La sinmastia congénita o aproximación medial de las mamas es una rara alteración anatómica que se caracteriza por la presencia de un puente cutáneo a través de la línea media que las une. Ese fragmento de piel de unión puede variar desde una simple membrana cutánea vacía, hasta una confluencia de tejido mamario de proporciones variables.

La mayoría de los problemas que puede causar esta anomalía son estéticos por la alteración del surco intermamario y de la zona del escote, aunque también se puede asociar con alteraciones cutáneas del surco intermamario (infecciones cutáneas crónicas, furunculosis, sinus pilonidales), inusuales y poco graves pero muy molestas (1). Esto es lo que sucede en nuestro caso clínico, y es lo que lo hace más insólito.

Existen varias técnicas quirúrgicas diferentes para solucionar esta anomalía que pasan habitualmente por la reducción mamaria bilateral y la reconstrucción del surco intermamario. Con ello se consiguen solucionar tanto los problemas estéticos como los locales.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 23 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que a los 19 comienza a notar en la piel del surco intermamario, que siempre ha reconocido como algo "prominente", dos pequeñas eminencias cutáneas circunscritas, firmes, sin signos inflamatorios, que producen molestias leves. Periódicamente aumentan de volumen, hasta que dejan escapar un líquido blanco o transparente por un pequeño orificio de la piel tras lo que regresan a su tamaño anterior. En una ocasión uno de ellos presentó signos flogóticos que cesaron a los pocos días de forma espontánea. En diciembre de 2007, en su centro de salud, le realizan bajo anestesia local una extir-

pación amplia de la piel del surco intermamario con cierre primario. La pieza quirúrgica no se remitió a anatomía patológica para su adecuado estudio por lo que no tenemos confirmación histológica de la sospecha clínica (furunculosis, sinus pilonidal o quistes de inclusión epidérmica). Tras pasar un periodo asintomática, en agosto de 2008 comienza a notar una nueva lesión de las mismas características en la misma cicatriz. Esta vez se ulcera de forma precoz y permanece abierta durante bastante tiempo dejando escapar una secreción seropurulenta de forma reiterada, asociada a signos inflamatorios y dolor. Su médico de atención primaria nos remite a la paciente a la Unidad de Patología Mamaria del Hospital Puerta del Mar de Cádiz para nuestra valoración.

A la exploración la paciente presenta mamas voluminosas, con ptosis grado III (complejo areola-pezones situado por debajo del surco submamario y de orientación vertical), con leve asimetría a favor de la mama izquierda. La base de implantación de las mamas tiene una desviación medial con una reducción del espacio de separación entre ellas, de forma que presenta un fragmento de piel separado del esternón que une ambas mamas (sinmastia). En dicho tejido presenta una cicatriz vertical en cuya porción central se distingue una úlcera cutánea de fondo limpio y con tejido de granulación (Fig. 1). El resto de la exploración mamaria y axilar resulta normal.



Fig. 1. Aspecto de la paciente a la llegada a nuestra Unidad, con una úlcera en la cicatriz del surco intermamario.

En nuestra unidad realizamos desbridamiento de los bordes y el fondo de la úlcera y comenzamos las curas locales, interponiendo apósitos en ambos márgenes de la úlcera que corresponde cada uno a una mama, para evitar un cierre precoz y defectuoso que favorezca la inclusión epidérmica y la recidiva. Hasta el momento con el tratamiento conservador hemos conseguido el cierre adecuado de la herida sin que aparezcan nuevos síntomas (Fig. 2). Permanece el defecto original ya que la extirpación realizada con anterioridad no ha corregido la sinmastia



Fig. 2. La misma paciente tras el cierre de la lesión cutánea. Se puede apreciar el segmento de piel que une ambas mamas.

(puede incluso haberla acrecentado algo), pero la cirugía de remodelación mamaria no es del agrado de la paciente.

## DISCUSIÓN

La sinmastia congénita es una rara alteración en la implantación de las mamas que se encuentran excesivamente próximas entre sí. Se caracteriza por la presencia de un puente cutáneo a través de la línea media que une las mamas. Ese fragmento de piel de unión suele englobar una pequeña cantidad de tejido graso, pero en algunas ocasiones incluye abundante tejido mamario que comparten ambas glándulas. Es frecuente que se asocie a mamas voluminosas y simétricas. La sinmastia puede asociarse a otras alteraciones congénitas, al igual que ocurre con otras anomalías de origen ectodérmico (2).

El término sinmastia fue propuesto por Spence en un artículo en 1983 (3). Lo hizo uniendo dos palabras del griego, *syn* que significa “juntos” y *mastos* que significa “mamas”. Las alteraciones en los mecanismos que regulan el desarrollo de la glándula mamaria, ya sea durante su organogénesis o en el crecimiento puberal, pueden producir diversas alteraciones en su morfología y estructura. La frecuencia de estas alteraciones está en torno a un 10% de las mujeres. Existen muchas clasificaciones pero siguiendo la sugerida por A. Fernández Cid (4), las catalogaremos de la siguiente forma: a) alteraciones congénitas, cuando la causa es el mal desarrollo de la mama en la etapa embrionaria. En este apartado podemos incluir las alteraciones congénitas de la glándula mamaria que afectan al número de mamas, de los pezones o de alguna de sus estructuras: la amastia, la agenesia mamaria, la atelia, la polimastia y la politelia, entre otras; y b) alteraciones debidas al anormal desarrollo de la mama en la etapa puberal, entre las que incluiremos las alteraciones del tamaño y de la forma de la mama y sus estructuras,

como por ejemplo las asimetrías, la hipertrofia mamaria, mamas tuberosas, macrotelias y la sinmastia.

Dado que la sinmastia suele asociarse a macromastias, se ha sugerido el peso de las mamas como factor etiológico asociado a un anormal desarrollo; la tracción inferior que producen dos mamas grandes y ptósicas ayudaría a separar la piel preesternal (3).

Las mamas en escudo sería la alteración opuesta a la sinmastia. En este cuadro existe una alteración de la implantación de las mamas en sentido lateral excéntrico, con lo que las mamas se encuentran en una posición muy externa.

En contraposición a la sinmastia congénita, se encuentra la sinmastia iatrogénica, mucho más corriente y con más trascendencia en la literatura médica. Suele ser el resultado de complicaciones técnicas durante la cirugía de aumento mamario con implantes, por una excesiva disección del bolsillo medial sobre el esternón en el plano subglandular, a lo que contribuyen unos implantes excesivamente grandes (5). También se denomina comúnmente *breadloafing*, *kissing implants* o *uniboob*.

La mayor parte de los inconvenientes que origina esta anomalía son de índole estético por la alteración que causa en una zona tan visible como el escote. Pero además de las limitaciones que puede causar a la hora de vestir, la sinmastia se puede asociar con problemas médicos muy incómodos, aunque afortunadamente menos frecuentes: problemas inflamatorios crónicos en la piel del surco intermamario, como infecciones cutáneas crónicas, furunculosis o sinus pilonidales. La obesidad, la macromastia asociada, una pobre higiene local y la continua fricción entre dos superficies en una zona de pliegue cutáneo sujeto a tensiones pueden favorecer el desarrollo de esta patología, poco grave, pero muy recidivante (1).

Existen varias técnicas quirúrgicas diferentes para solucionar esta anomalía. Los primeros tratamientos implicaban la reducción mamaria bilateral y la reconstrucción del surco intermamario mediante la interposición de colgajos cutáneos. Teniendo en cuenta que la cirugía persigue los mejores resultados estéticos, no son recomendables las incisiones esternales por su tendencia a las cicatrices hipertróficas y queloides, a pesar de que permitiría un abordaje directo y amplio de la zona. Por esta razón, y siguiendo los mismos conceptos usados para la reparación de la sinmastia iatrogénica tras la cirugía de aumento mamario, mucho más frecuente, los últimos autores se inclinan por eliminar el tejido graso que ocupa el puente intermamario mediante incisiones lejanas que permitan el acceso a los cuadrantes internos de las mamas y a la región preesternal. Por ejemplo, incisiones periareolares, inframamarias, o subxifoidea o una combinación de ellas con aproximación endoscópica. Como en la

mayoría de los pacientes se requiere una mamoplastia de reducción que precisa disecciones amplias de la mama, podemos igualmente aprovechar estas incisiones como otras vías de acceso. Una vez en la región preesternal, se puede realizar una liposucción para eliminar el tejido graso conservando la piel. Por supuesto, esta técnica soluciona el problema estético pero no resuelve los problemas cutáneos en las pacientes en las que predominan estos síntomas, como en nuestro caso. Posteriormente, para asegurar la fijación de la piel a la superficie esternal, algunos autores proponen utilizar una sutura reabsorbible que fije la piel al periostio. Como alternativa o incluso complemento a lo anterior, es muy recomendable utilizar de forma continuada durante varias semanas después de la cirugía, un vendaje o una prenda que ejerza una presión constante sobre el esternón. Puede servir un sujetador deportivo puesto del revés (2,6).

Las indicaciones de la cirugía y la técnica más adecuada dependerán del grado de deformidad y de los problemas que estos creen a la paciente. En nuestro caso, la paciente no reseñaba inconvenientes estéticos dado que la malformación no es muy acentuada, sino únicamente problemas locales del surco intermamario por cuadros inflamatorios recidivantes. La cirugía practicada antes de llegar la paciente a nuestra Unidad mediante la extirpación simple de la piel del surco intermamario mediante una incisión vertical con cierre primario que aproxima aún más ambas mamas, está lejos de solucionar el problema de la sinmastia; ni siquiera el de los cuadros de inflamación cutánea crónica. Y ha dejado una cicatriz en una zona visible que favorece la aparición de cicatrices hipertróficas y queloides. Lo más recomendable sería abordar de forma completa el problema de la sinmastia y emprender la remodelación de ambas mamas y del surco intermamario y sus lesiones. Pero contamos con la oposición de la paciente, que como hemos comentado, únicamente refiere problemas locales y rechaza una cirugía de esta envergadura.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Moscona A, Berger J, Hirshowiz B. Bilateral breast reduction for symmastia associated with chronic skin infection. *Eur J Plastic Surg* 1986 9: 132-4.
2. Salgado CJ, Mardini S. Periareolar approach for the correction of congenital symmastia. *Plast Reconstr Surg* 2004; 113(3): 992-4.
3. Spence RJ, Feldman JJ, Ryan JJ. Symmastia: the problem of medial confluence of the breasts. *Plast Reconstr Surg* 1984; 73(2): 261-9.
4. Fernández-Cid A. *Mastología*. 2ª ed. Barcelona: Masson SA; 2000.
5. Foustanos A, Zavrides H. Surgical reconstruction of iatrogenic symmastia. *Plast Reconstr Surg* 2008; 121(3): 143e-144e.
6. Wong MT, Cheong EC, Lim J, Lim TC. Creation of an intermammary sulcus in congenital symmastia. *Singapore Med J* 2007; 48(1): e29-31.