

Resúmenes Ponencias XII Congreso Bolivariano de la FILACP

Corrección de la mama tuberosa.

.....

Dr. Suárez Oyhamburú Darío Lautaro

Cirujano Plástico titular de la SBCPER, FILACP, ASPS.

Presidente de la SBCPER, filial Santa Cruz.

RESUMEN

Introducción y Objetivo

La mama tuberosa es sin lugar a duda una malformación o anomalía congénita evidenciada durante el desarrollo de la mama en la pubertad. Presenta alteraciones morfológicas en el complejo areola pezón (CAP) y en segmento o polo inferior de la mama. Una de las posibles causas atribuidas es la falta de desarrollo de la fascia mamaria por debajo del CAP lo que probablemente produciría una herniación de la glándula mamaria y una consecuente protrusión exagerada del CAP, mayormente perceptible en los tipos II y III de Grolleau.

El objetivo es describir la técnica propuesta en un solo tiempo quirúrgico y considerar los resultados obtenidos.

Material y Método

Tomamos en cuenta la clasificación de Grolleau, y nos referimos al tratamiento únicamente de los tipos II y III y no así a las mamas tuberosas del tipo I que bien pueden ser tratadas con diferentes colgajos de mastopexia. Iniciamos colocando un implante sub muscular a través de una incisión sub mamaria de 3 cms. se reposiciona el nuevo surco sub mamario si fuera necesario, luego tratamos el CAP con una incisión peri-areolar completa para tratar el anillo fibroso constrictivo y retirada de piel para reducción del CAP, seguida de incisiones radiadas de descarga peri areolares, no realizamos incisiones radiadas en el polo inferior de la mama como la mayoría de las técnicas propuestas y concluimos con lipo-transferencia autóloga (mamoplastia híbrida),

Resultados

No reportamos infecciones ni presentamos casos de necrosis grasa, ni irregularidades o asimetrías en el polo inferior mamario ya que este segmento poco desarrollado fue tratado a través de la Lipo transferencia autóloga (mamoplastia híbrida) para lograr mejor volumen, forma y relleno, sumado lógicamente a la expansión del polo inferior lograda por el aumento protésico. Así como tampoco presentamos necrosis, sufrimiento de tejidos ni epidermólisis del CAP.

Conclusiones

Considero que la radiación peri-areolar de descarga reduce la protrusión exagerada, patológica y anómala del CAP en los tipos II y III de Grolleau, sumada a la reducción de piel areolar mejoran considerablemente su forma y proyección. La expansión del segmento o polo inferior es lograda a través del implante protésico sub muscular y por la transferencia de grasa autóloga por lo que no realizamos la radiación del polo inferior como otras técnicas propuestas. Es un único tiempo quirúrgico, bajo índice de re abordajes quirúrgicos y de complicaciones y de satisfacción razonable, aunque no se realizó ninguna escala de valoración subjetiva para evaluarlos, simplemente si existía conformidad o no durante el post operatorio.