



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

11211

10
2 ej

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado
Hospital Regional 20 de Noviembre
I.S.S.S.T.E.

MAMA TUBEROSA / TUBULAR:

CLASIFICACION MORFOLOGICA

T E S I S

Que para obtener el título de
Especialista en Cirugia Plástica Reconstructiva
p r e s e n t a

DR. SERAFIN MIGUEL IGLESIAS VEGA

Asesor DR. ARTURO GABILONDO ROJAS



ISSSTE México, D. F.

FALLA DE ORIGEN

1990



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	HOJA NO.
I INTRODUCCION	1
II ANTECEDENTES	2
III OBJETIVOS Y JUSTIFICACION	4
IV MATERIAL Y METODOS	5
V REPORTE DE CASOS	6
VI RESULTADO Y OBSERVACIONES	7
VII CORRELACION TERAPEUTICA	9
VIII COMENTARIOS	11
IX BIBLIOGRAFIA	12
X CASOS CLINICOS (fotografías)	13

I N T R O D U C C I O N

La mama, una altamente significativa en la evolución y desarrollo de la mujer de todos los tiempos; area, dentro de la anatomía humana femenina, símbolo de el más noble sentimiento: la maternidad; origen mismo de el primer tesoro que humano alguno pueda ofrecer y recibir: el primer alimento; es asiento tambien de multiples alteraciones, que pueden ir desde las funcionales locales a las estructurales generalizadas, desde un nivel cito-estructural al mas complejo desbalance psicológico.

Pues bien, he de aqui que desarrollaremos un trabajo encaminado a coadyuvar en la solución de uno de los aspectos que la afectan: LA MAMA TUBULAR

Es ésta entidad una variante morfológica derivada de la disminución en el perímetro de la base, considerándolo geométricamente como un cono, y que se acompaña de herniación de el parénquima glandular a traves de la proyección areolo-mamilar, complejo que presenta diámetro incrementado.

Esta modalidad morfológica posee representaciones tan remotas como lo son figurillas en arcilla de la Epoca Prehispanica y que confiere a la mujer un estigma dentro de la conformación estética de su cuerpo, dado que es ella, y solo ella quien suele valorar que tan trascendente es para su desarrollo individual e interpersonal, pues sabe bien que a pesar de ser "una mujer normal" no posee un "busto bonito", el que ella observa de otras mujeres o bien en medios de difusión.

A N T E C E D E N T E S

Son pocos y recientes, pues apesar de ser referida tan antiguamente, es hasta 1954 en que Longacre refiere el empleo de un colgajo dermograso para la corrección de un problema que denominó "mama/pezon".

La Patología Mama Tubular/Tuberosa, es una deformidad poco común cuya incidencia se desconoce; ha recibido múltiples denominaciones entre las que se encuentran: Mama de Snoopy, Mama en Campana, Mama en Salchicha Péndula, etc.

Corresponde a Rees y Aston (1) en 1976 la denominación de Mama Tubular/Tuberosa, por su semejanza con los tubérculos vegetales.

En 1975, Bartels (2) reduce la areola simultaneamente al aumento mamario via trans areolar.

En 1976, Rees y Aston (1) efectúan incisiones radiadas en la base de la mama para mejorar su contorno.

Vecchione (3), en el mismo año, corrige el complejo areolo mamilar con la tecnica de "dona".

Toranton (4) en 1981, recomienda la corrección del padecimiento en dos tiempos, consistiendo el primero en el aumento mamario, y el segundo en una reducción con tecnica de Arié-Pitanguy cuatro semanas despues y Williams y Hoffman (5)

también el 1981 describen cuatro procedimientos principales en la reconstrucción de un solo tiempo y que son:

- a.- Remodelación areolar con técnica de dona
- b.- Aumento mamario via trans areolar
- c.- Incisiones radiadas en la base de la mama y
- d.- Corrección de la simetría contra lateral mediante colocación de implantes submusculares

En 1983, Teimurian (6) introduce un método de reducción del tejido herniado y del tamaño de la areola, por excisión de cuatro cuñas del tejido mamario y corrección areolar mediante la técnica de dona, posterior al aumento del volumen por aplicación de implantes submusculares.

Dinner, en 1987 (7) aplica un colgajo dermo graso de rotación en la base de la mama para el aumento del perímetro de la misma y por último en 1988 Elliott (8) propone el empleo de un colgajo musculo cutáneo de serrato para deformidades severas.

Así pues, que una vez definido el problema lo conducente es CLASIFICARLO, motivo del presente trabajo; el único intento referido en la literatura es el de Rees y Aston en 1976, que con un caracter puramente observacional las tipifican, pero NO la clasifican de manera geometrica ni mas aun con una referencia métrica ponderable, ni mucho menos con una correlación Terapeutica a efectuar.

OBJETIVO Y JUSTIFICACION

Se pretende postular una Clasificación Morfológica de la Mama Tubular/Tuberosa, que basada en las diferencias métricas de la mama normal promedio descrita, establezca la severidad en la presentación de la patología y a su vez, sea util como referencia para un análisis terapéutico probable.

Todo lo anterior basados en:

- 1.- No existe la fecha clasificación alguna de la patología Mama Tubular/Tuberosa.
- 2.- Establecer objetivamente la existencia de la Mama Tubular/Tuberosa identificando el sitio y magnitud exacta de la alteración.
- 3.- Proporcionar, con el analisis de la clasificación, referencia para punto de partida aprobables y medidas terapeuticas

MATERIAL Y METODOS

La incidencia de la Mama Tubular se desconoce ya que la casuística mas extensa consta de 6 casos, por lo cual el trabajo comienza por la captación de este tipo de pacientes lo cual se efectuó mediante la colaboración de otros servicios dentro de nuestro hospital como lo son el de Ginecología y el de Oncología que sumando esfuerzos al de nuestro servicio logro captar 12 pacientes.

Los variantes que se consideraron fueron: mujeres comprendidas entre los 15 y los 40 años de edad, considerando como excluyentes: gestación, enfermedad fibroquistica mamaria, cualquier antecedente previo de cirugía mamaria. Las pacientes se sometieron a determinaciones métricas de: la base de la mama, la distancia pezon-base, diámetro del complejo areolo-mamilar, y por último se efectuó determinación volumétrica mediante la técnica de desplazamiento de agua.

REPORTE DE CASOS

CASO	VOLUMEN	O BASE	O A-P	PTOSIS	- B-P
I	200 cc.	30.6 cms.	50 mms.	III	5.0 cms.
II	220 cc.	24.8 cms.	54 mms.	II	5.8 cms.
III	220 cc.	27.0 cms.	50 mms.	II	5.0 cms.
IV	235 cc.	34.6 cms.	50 mms.	I	4.7 cms.
V	230 cc.	32.5 cms.	55 mms.	II	4.7 cms.
VI	280 cc.	22.0 cms.	65 mms.	III	6.0 cms.
VII	200 cc.	25.4 cms.	50 mms.	II	5.8 cms.
VIII	250 cc.	35.2 cms.	52 mms.	I	4.5 cms.
IX	250 cc.	24.0 cms.	56 mms.	III	6.0 cms.
X	300 cc.	21.0 cms.	58 mms.	III	6.5 cms.
XI	250 cc.	28.4 cms.	52 mms.	II	5.2 cms.
XII	300 cc.	30.0 cms.	50 mms.	II	5.0 cms.

BASE:

36 cms I
35 cms I
34 cms I
33 cms I
32 cms I
31 cms I
30 cms I
29 cms I
28 cms I
27 cms I
26 cms I
25 cms I
24 cms I
23 cms I
22 cms I
21 cms I
20 cms I
19 cms I
18 cms I

CASOS I II III IV V VI VII VIII IX X XI XII

RANGO: 10 a 20% = 30.4 cms a 38.0 cms

20 a 30% = 26.6 cms a 30.4 cms

30 a 40% = 22.8 cms a 26.6 cms

40% o mas = 22.8 cms o menos

RESULTADOS Y OBSERVACIONES

El análisis de los casos captados hasta el mes de octubre de 1989 en que se elabora este reporte, incluye: se han captado un total de 12 casos, cifra muy significativa considerando las referidas. De ellas el parámetro más trascendente lo conforman el perímetro de la base mamaria que comparativamente al grupo testigo y a las referencias en tratados de anatomía (9, 10, 11) y artículos al respecto, estableciendo como perímetro normal el de 38 cms., se encuentran disminuidos, pudiendo agrupar en cuatro categorías los rangos deficitarios y que son:

GRADO I.- Deficit Perimetral de hasta 20%

GRADO II.- Deficit entre el 20 a 30%

GRADO III.- Deficit entre el 30 a 40%

GRADO IV.- Deficit de mas de el 40%

Otro punto observado es que la medición volumétrica de la Mama NO es significativa para la conformación o severidad del síndrome, y que el común denominador en este renglón lo conforma la existencia de hipoplasia e hipotrofia.

El parámetro de diámetro areolar que se estableció como normal es el igualmente multiconsignado en la literatura (12, 13, 14) y que es de 35 a 45 mm., es otro factor que no huelga entre

los casos y TODAS las mediciones obtenidas se encuentran mas alla de estas dimensiones con fluctuaciones entre los 50 y 65 mm.

En tanto a la distancia entre la base y el vértice (pezón) los valores obtenidos han representado únicamente importancia terapéutica quirúrgica, ya que para la modalidad del síndrome no han representado trascendencia.

De los casos captados se han ubicado dentro de los grados establecidos de la siguiente manera:

GRADO I.- 4 casos

GRADO II.- 3 casos

GRADO III.- 3 casos

GRADO IV.- 2 casos

Cabe a su vez hacer notar que 2 de los casos incluidos dentro del Grado I presentaron modalidad unilateral.

CORRELACION TERAPEUTICA

De los 12 casos captados se han sometido a tratamiento quirúrgico 5 de los casos, correspondiendo 2 al Grupo I y 3 al Grupo II.

De esto y sólo con carácter analítico para establecer una correlación terapéutica podemos establecer que:

Para el Grado I, en base a las alteraciones morfológicas, sugerimos la aplicación de implante submusculares, incisiones radiales en la base de la mama, remodelación del complejo areola-pezones con telescopiado del tejido glandular herniado.

Para el Grado II: aplicación de implantes sub-musculares, incisiones radiales en la base de la mama, remodelación del complejo areola-pezones con telescopiado del tejido glandular herniado y ajuste del brassiere cutáneo.

Para el Grado III: en este grado detectamos el déficit concéntrico de la base mamaria, para lo cual se postula el empleo de un colgajo musculo-cutáneo que proveerá un incremento de 4 cms. al diámetro de la base lo que porcentualmente es del 10.5%, aplicación de implante sub-musculares, incisiones radiadas a la base de la mama remodelación del complejo areolo-mamilar y ajuste del brassiere cutáneo.

Para el Grado IV: recomendamos el manejo similar al referido para el Grado III, pero estableciendo al colgajo una longitud mayor en su pedículo y manejo del tejido glandular de tal manera que se adecúe al ajuste cutáneo.

VIII COMENTARIOS

Durante la realización del presente trabajo, pudimos detectar, la escasa información que al respecto de la alteración morfológica que nos ocupa acusan profesionales de la medicina especializados en la atención de la mujer, o bien, de padecimientos que se asientan en la Mama. De igual manera, se advierte aún mas entre la población femenina la falta de conocimiento de ésta y otras muchas más alteraciones en la conformación y función de la Mama, lo que denota la necesidad de incrementar las fuentes de difusión tanto a nivel científico como general.

La serie lograda por la presente investigación, es mayor a la casuística reportada en la literatura, lo que es ya por sí mismo, un logro; sin embargo, esta no nos permite obtener el universo suficiente para establecer un parámetro de incidencia en la población.

La clasificación, resultado de esta investigación constituye la primera propuesta formal postulada a la fecha.

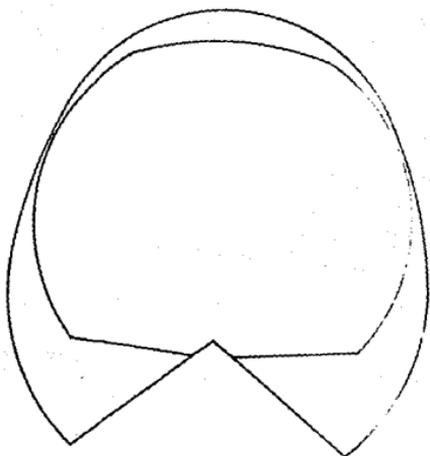
La implementación de procedimientos quirúrgicos para los grados III y IV de la clasificación propuesta, no fue factible en virtud de no contarse con la anuencia de las pacientes, ya que, tratase esta malformación de una entidad asintomatológica; no obstante, la propuesta terapéutica considerada en estos grados, se basa en las publicaciones previas referidas.



Figurilla Pre-nispánica con mama tubular.Cultura Tarasca.



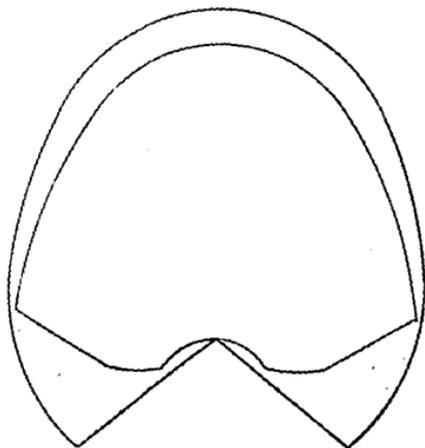
Determinación métrica del perímetro de la base.



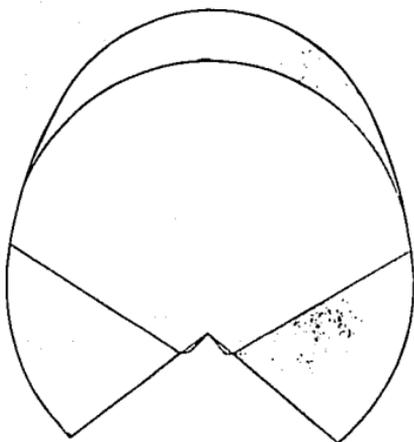
GRADO I
DEFICIT HASTA DEL 20%

Gráfica comparativa para el Grado I V.S. Normal.

Gráfica comparativa para el Grado II V.S. Normal.(abajo)

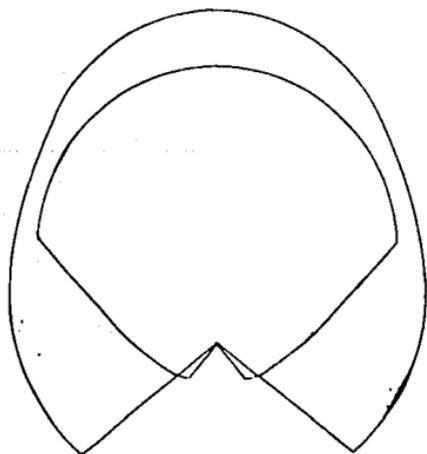


GRADO II
DEFICIT. DEL 20 AL 30 %



GRADO III
DEFICIT DEL 30 AL 40 %

Gráficas comparativas para los Grados III y IV.



GRADO IV
DEFICIT MAYOR DEL 40 %



Caso IV , Grado I ; frente y 3/4.

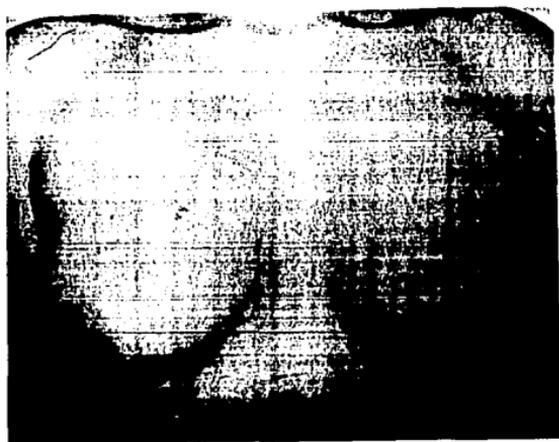




Caso IV , Grado 1 : vista superior.



Caso I , Grado II ; Pre-operatorio.





Caso I , Grado II ; Post-operatorio.





Caso I , Grado II ;arriba=pre-op. abajo=Post-op.

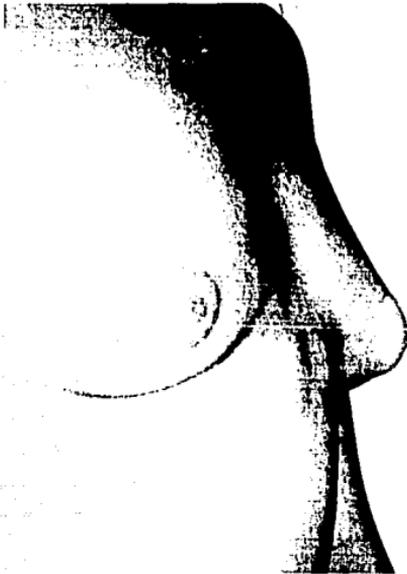




Caso V , Grado I ; Pre-operatorio.



ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA



Caso V , Grado I ; Post - operatorio.





Caso III , Grado II ; Pre - operatorio.





Caso III , Grado II ; Post - operatorio.



IX BIBLIOGRAFIA

- 1.- Rees T - Aston S. The Tuberos Breast. Clin Plast. Surg 1976
apr. 3(2) P 339-47.
- 2.- Barles Rj; Mara Je - Simultaneous reduction of areola and an
augmentation mammaplasty through a perireolar incision.
Plast Reconstr Surg 1975 Nov. 56(5) 588-9
- 3.- Vacchione TR A method for recontouring the dome nipple
Plast Reconstr Surg 1976 Jan; 57(1):30-2
- 4.- Toranton R - Two Stage Correction of Tuberos Breast
Plast Reconstr Surg 1981 May; 62(5):642-6
- 5.- Williams G; Hoffman S. Mammoplasty for tubular breast
Aesthetic Plast Surg 1981; 5(1):51-6
- 6.- Teimourian B. Adhem-M-N Surgical Correction of the Tuberos
Breast
Ann-Plast-Surg. 1983 Mar. 10(3) 190-3
- 7.- Dinner-M-I; Dowden-R-V The tubular/tuberos syndrome
Ann-Plast-Surg. 1987 Nov. 19(5) 414-20
- 8.- Elliot-M-P A musculocutaneous transposition flap mammaplasty
for correction of the tuberos breast.
Ann-Plast-Surg. 1988 Feb; 20(2) 153-7

- 9.- Gardner E.; Gray D. Anatomia. Ed. Salvat Mexicana, Mexico 1967.
- 10.- Mayo Goss Ch. Gray Anatomia, Ed. Salvat Mexicana, Mexico 1976.
- 11.- Ousty J.- Symposium on Aesthetic Surgery of the Breast. Ed. Mosby Co. St. Louis Missouri, 1978
- 12.- Bostwick John III - Aesthetic and Reconstructive Breast Surgery, Ed. Mosby Co. St. Louis Missouri, 1983
- 13.- Ransom Lewis J. - Atlas of Aesthetic Plastic Surgery, Little Brown, Boston, 1973
- 14.- Rees T. - Aesthetic Plastic Surgery, Ed. W. B. Saunders Philadelphia, PA. 1980