

11211 23



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA PLÁSTICA

ASIMETRÍA MAMARIA

TESIS POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN :
CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA
P R E S E N T A :
DR. IKSOLDER MOSQUERA ALDANA

ASESOR DE TESIS:
DR. PEDRO GRAJEDA LOPEZ



289215

MÉXICO, D.F.

FEBRERO DEL 2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO
"LA RAZA"
CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA
IMSS**

No. PROTOCOLO: 996900097

DR. ARTURO SIBEL PARAMO
JEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA
Director de especialidades

**DIRECCION DE EDUCACION
E INVESTIGACION MEDICA**

DR. PEDRO GRAJEDA LOPEZ
TITULAR DEL CURSO

DR. IKOLDER MOSQUERA ALDANA
ALUMNO

AGRADECIMIENTO A MIS MAESTROS:

DR. PEDRO GRAJEDA LOPEZ	H. E. C. M. R.
DR. JOSE GARCIA VELASCO	HOSPITAL ANGELES DEL PEDREGAL
DR. ALBERTO REYES-PARRAGA	H. O. V. F. N.
DR. ALFONSO VEGA	H. G. C. M. R.
DR. ANGEL CORZO SOSA	H. E. C. M. R.
DR. OSCAR ADAN RIVAS	H. E. C. M. R.
DRA. LUISA VELASCO VILLASEÑOR	H. E. C. M. R.
DR. HUMBERTO ANDUAGA	H. E. C. M. R.
DR. LUIS AURIOLES SANCHEZ	H. E. C. M. R.
DR. MIGUEL LOMAS FUENTES	H. E. C. M. R.
DR. JORGE PAEZ MATA	H. O. V. F. N.
DR. FAUSTINO GALVEZ	I. N. P.
DR. ANTONIO DE LEON	I. N. P.
DR. MANUEL MONDRAGON	I. N. P.

AGRADECIMIENTO A

MIS PADRES

**JOSE, LUZ ANGELA,
JORGE, LEONOR.**

MI ESPOSA

RUHT MARY.

MIS HIJAS

MELISSA Y VALERIA.

MIS HERMANOS

**VLAS, IVAN, PATRICIA,
VICENTE, DAMILO, RODRIGO.**

AGRADECIMIENTO A

**DR. JESUS ARENAS OSUNA
DE PTO. DE INVESTIGACION Y ENSEÑANZA**

**DR. BENJAMIN GUZMAN CHAVEZ
DEPTO. DE ANESTESIOLOGIA**

POR SU ASESORIA EN LA ELABORACION DE MI TESIS.

INDICE

1. RESUMEN	1
2. ANTECEDENTES CIENTIFICOS	5
3. MATERIAL Y METODOS	15
4. RESULTADOS	19
5. DISCUSIÓN	26
6. CONCLUSIONES	29
7. BIBLIOGRAFÍA	30

RESUMEN

TITULO:

Asimetría mamaria.

OBJETIVOS:

Describir las técnicas quirúrgicas utilizadas para la reconstrucción de mamas asimétricas.

MATERIALES Y METODOS:

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional, transversal y abierto de junio de 1998 a junio de 1999, fueron seleccionadas 20 pacientes pertenecientes al servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza. Se reconstruyeron las pacientes diagnosticadas con asimetría mamaria mediante análisis clínico y encasilladas según la clasificación por grupos de Elsayh realizándose diferentes técnicas de mamoplastia ya sea de aumento o reducción según la valoración anterior.

Se determinó el tipo de asimetría mamaria y el procedimiento mas frecuentemente realizado en nuestro servicio.

RESULTADOS

Encontramos que el 55% de las pacientes pertenecían al Grupo I, 40% al Grupo V, siendo éste grupo el asociado al Síndrome de Poland; y 5% al grupo IV.

El procedimiento quirúrgico más utilizado fue la mamoplastia de reducción bilateral en un 55% para el grupo I seguido por la mamoplastia de aumento en un 40% para el grupo V, y una cirugía de mamoplastia de reducción bilateral correspondiente al 1%.

CONCLUSIONES:

La mamoplastia de reducción bilateral mediante técnicas estándares es el método que lleva a una simetría adecuada en las pacientes del grupo I sin ser tan precisa como la mamoplastia de aumento para el grupo V.

PALABRAS CLAVES:

Asimetría mamaria.

Hipoplasia.

Síndrome de Poland.

Mamoplastia.

SUMMARY

TITLE:

Mammary asymmetry.

OBJETIVE:

Describe to the surgical techniques utilize for the asymmetric breast reconstruction.

MATERIAL AND METHODS:

This is a retrospective, descriptive, observational, transversal and open study. 20 patients were chosen from June 1998 to June 1999, all them belonging to the Reconstructive and Plastic Surgery Service at the Raza Medical Center. They were reconstructed for diagnostic of asymmetric breast by means of clinical analyze according Elshahy's classification; to realizing different techniques of mammaplasty according to previous appraisal the type of asymmetry to see, determining the type of asymmetry so the techniques most frequents in our service.

RESULTS:

We got 55% of the patients to belong group I, 40% to group V and connect to Poland's Syndrome. 5% belong to group IV. The techniques most habitual to see is the bilateral reduction mammaplasty in 55% for the group I, continuous for augmentation mammaplasty

in 40% for the group V, and bilateral reduction mammoplasty in 1%.

CONCLUSIONS:

The reduction bilateral mammoplasty with standards techniques is the method to carry best symmetry in the group I, without be so explain as augmentation mammoplasty for group V.

KEY WORDS:

Asymmetric breast.

Hipoplastic.

Poland's Syndrome.

Mammoplasty.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Las variaciones menores en el contorno de algunas estructuras corporales son consideradas normales; sin embargo, cuando las mamas presentan irregularidades pronunciadas en cuanto a forma, volumen y posición, la asimetría se convierte en un problema reconstructivo, psicológico y estético ^(1,2).

Aunque la agenesia de mamas y las deformidades del tórax han sido revisadas por Trier ⁽³⁾ y Pers ⁽⁴⁾, respectivamente, la verdadera incidencia de mamas con marcada asimetría no se conoce ⁽⁵⁾; sin embargo, se ha reportado una incidencia del 1 al 5% en la consulta de pacientes vistas para cirugía de mama ⁽⁶⁾.

En el embrión de 20 mm el pezón se desarrolla como un espesamiento ectodérmico a lo largo de la línea mamaria desde la axila a la ingle, a los 5 meses, los conductos inician su desarrollo y continúan haciéndolo hasta el último trimestre del embarazo. Entre el nacimiento y la pubertad ocurren pocos cambios hasta que un incremento en el nivel hormonal estimula el crecimiento mamario ⁽⁷⁾.

La aplasia es la falta completa de formación mamaria mientras que el término hipoplasia se refiere a una disminución cuantitativa en el número de células del primordio ^(8,9,10). El aumento de la mama se debe a un incremento en el tamaño unitario (hipertrofia) o a un incremento en el número de células (hiperplasia). Las deformidades de la pared del

tórax consisten en variaciones del Síndrome de Poland o bien, deformidades esqueléticas aisladas de las costillas, el esternón, la escápula o la columna vertebral. No obstante, es más frecuente la falta aislada de porciones del músculo pectoral mayor siendo el segmento costoesternal el más afectado ⁽¹¹⁾.

Es difícil encontrar gran parte acerca de la etiología de la asimetría mamaria; sin embargo, algunos hechos conocidos son relevantes para entender la variedad de tales deformidades. Existen factores genéticos y errores que guían el desarrollo temprano, la influencia de las hormonas se suman durante la pubertad y además también existen factores mecánicos y ambientales que pueden alterar la madurez y el desarrollo mamario ^(4,12).

Para poder hablar de asimetría mamaria debemos establecer en que consiste una mama estéticamente "perfecta". Esta ha sido definida como una mama no ptosica en la cual un procedimiento estético no común (exceptuando el aumento), pudiera ser considerado apropiado para relajar la forma de esta ⁽¹³⁾.

Smith realizó análisis volumétricos de las mamas haciendo un molde de yeso del tórax de las pacientes y midiendo posteriormente la cantidad de arena necesaria para rellenar el molde ⁽¹⁴⁾. Otro método utilizado es el dispositivo de Grossman-Rounder ⁽¹⁵⁾ pero, probablemente los métodos más precisos para determinar el volumen mamario son los descritos por Loughry mediante análisis bioestereométricos ⁽¹⁶⁾.

Westreich ha diseñado una fórmula para calcular apropiadamente el tamaño de la mama tomando como parámetros medidas del dorso:

$$\text{Log Volumen} = [1.103 \times \text{Log (M-Ni) }] + [0.811 \times \text{Log (N-Ni) }]$$

M-Ni = Distancia en centímetros del manubrio esternal al pezón.

N-Ni = Distancia en centímetros desde el centro de un pezón al otro ⁽¹³⁾.

Los esfuerzos para clasificar la asimetría mamaria han fallado porque tanto la etiología como la naturaleza del defecto son potencialmente importantes. Una clasificación simple que ignora la etiología puede ser útil para categorizar el tratamiento ⁽¹⁷⁾.

Una clasificación de asimetría mamaria útil desde el punto de vista de la valoración clínica está documentada por Maliniac ⁽¹⁸⁾, y una guía informal que toma en cuenta un mayor número de factores responsables fue presentada por Elliot en 1975. Siguiendo esta última, la asimetría mamaria se divide en dos grandes grupos desde el punto de vista de su etiología: congénita y adquirida.

Dentro del primer grupo se encuentran aquellos errores en el crecimiento y desarrollo que pueden dar como consecuencia ausencia o exceso de estructuras y variaciones en la localización y forma; dentro del segundo grupo se incluye la asimetría ocasionada por trauma, cirugía, infección y neoplasias. Teniendo en cuenta esta clasificación, la

hipoplasia mamaria unilateral de la mujer es un término utilizado para describir una condición en la cual una mama es marcadamente más pequeña ⁽¹⁹⁾.

Aunque un traumatismo o una cicatriz pueden lesionar el desarrollo juvenil de la mama y dar como resultado un retardo del mismo, se deben eliminar estas causas antes de realizar un diagnóstico de hipoplasia mamaria unilateral ⁽²⁰⁾.

Existe poco conocimiento con respecto a la etiología de la hipoplasia mamaria unilateral, pero parece ser que hay alguna falla en el órgano terminal más que una alteración en el desarrollo, no existiendo una historia familiar de ningún tipo de deformidad mamaria ^(20,21).

Los efectos psicológicos de esta deformidad sobre las pacientes son generalmente profundos por la importante crítica, particularmente de sus esposos y el rechazo en sus empleos ⁽²⁰⁾.

Las pacientes con hipoplasia bilateral de las mamas frecuentemente se aceptan como una característica familiar de tórax plano; pero, las pacientes con hipoplasia unilateral tienen más dificultad para aceptar su asimetría, particularmente aquellas que tienen un desarrollo normal de su mama contralateral ⁽²⁰⁾.

Dentro del espectro de deformidades de la pared torácica se encuentra el Síndrome de Poland, deformidad que afecta en grados variables la caja costal, los músculos de la pared

torácica, las estructuras neurovasculares de la extremidad ipsilateral y la mama sobre yacente ^(11,19).

La hipertrofia mamaria unilateral puede existir sola o en asociación con hipoplasia de la mama opuesta. Estas observaciones pueden indicar tanto variación en la estructura mamaria o un potencial adquirido en algún punto del desarrollo ⁽²³⁾.

Las mamas asimétricas demandan diferentes vías de tratamiento dependiendo del tamaño y de la calidad de piel de la mama subdesarrollada ⁽²⁴⁾.

Antes del desarrollo de los implantes sintéticos la corrección quirúrgica era extremadamente difícil y requería del uso de injertos dermo-grasos o colgajos de grasa y tejido dérmico para poder contornear el área de la mama ⁽²³⁾.

Los injertos dermo-grasos fueron descritos primero por Lexer y recomendados posteriormente por Berson, Banes y Watson. Su uso ha sido descartado por muchos cirujanos debido a la tendencia de tales injertos a absorberse y endurecerse, así como a dejar cicatrices en los sitios donadores, particularmente glúteos y abdomen ⁽²¹⁾.

La evaluación de una paciente con asimetría mamaria se inicia con una observación educada; una historia médico-quirúrgica pertinente puede descubrir la ingesta de medicamentos, anormalidades endocrinas, cirugías mamarias previas o disturbios psiquiátricos preexistentes. Una plática con la paciente define el objetivo del tratamiento y

un completo conocimiento de las limitaciones técnicas y la localización de las cicatrices. La evaluación prequirúrgica incluye un examen del tórax y las mamas con ambos brazos a los lados y elevados sobre la cabeza; y las mamas examinadas en posición supina, los brazos ligeramente abducidos pueden revelar condiciones patológicas variadas. Un examen circunferencial de los músculos y huesos del tórax es esencial en todos los casos. Se comparan los hemitórax y se determina la posición vertical y la alineación del tórax, evidenciando cualquier diferencia en la masa muscular o posición de los hombros ⁽²⁵⁾.

Una comparación de las mamas y su relación con la pared torácica es necesaria para definir el tipo de asimetría, el volumen relativo, forma y posición de las mamas; también con el tamaño, color y localización del complejo areola – pezón se comparan y registran. El volumen mamario puede ser estimado ^(12,13,14,15,26,27) pero nosotros no encontramos una necesidad clínica para obtener esta información.

Las fotografías preoperatorias deben ser de rutina tomando vistas anteriores con los brazos a los lados y elevados encima de la cabeza, y oblicuas bilaterales recomendando que los hombros y el tórax queden perfectamente incluidos ⁽²⁸⁾.

La consulta se completa con una discusión respecto al tamaño deseado de la mama, expectativas, objetivos quirúrgicos reales, tamaño y localización de las cicatrices, así como las potenciales complicaciones, y finalmente la autorización y consentimiento informado por la misma paciente ⁽²⁹⁾.

Un plan de tratamiento individual debe usualmente ser determinado durante la evaluación de la paciente y se debe proponer cualquier técnica especial con respecto a un problema en particular ⁽²⁵⁾.

Elsahy divide la asimetría mamaria en cinco grupos y especifica el tratamiento quirúrgico para cada uno:

- GRUPO I : Una mama grande y la otra de mayor tamaño corregidas adecuadamente mediante técnicas estándares de mamoplastias de reducción.
- GRUPO II : Una mama pequeña y la otra de menor tamaño corregidas fácilmente mediante mamoplastias de aumento asimétricas.
- GRUPO III : Una mama grande y la de menor tamaño; este grupo es el más difícil de corregir requiriendo una mamoplastia de reducción de un lado y de aumento en el otro, siendo el primer procedimiento el reductivo.
- GRUPO IV : Una mama normal y la otra grande corregidas mediante modificaciones a técnicas de reducción.
- GRUPO V : Una mama normal y la otra más pequeña corregidas con implantes, de preferencia inflables para obtener mejor simetría ⁽³⁰⁾.

La clasificación de Simon del desarrollo de asimetría mamaria basada en discrepancias relativas, se modifica para incluir la influencia de la ptosis y en el último grado, las deformidades de la pared torácica ⁽²⁵⁾.

Cuando se desea un gran volumen en ambas mamas se recomienda un aumento desigual. Debido a la gravedad y al peso específico de las prótesis en estrecha relación con el tejido mamario, el porcentaje de descenso fisiológico para igualar los montes mamarios probablemente sea igual después del aumento asimétrico si la tensión de la piel que lo recubre es razonablemente igual ⁽²⁵⁾.

El volumen se iguala más fácilmente que la posición y la forma; es muy difícil balancear una micro y macromastia debido a que requieren incisiones quirúrgicas que son muy diferentes y la forma de la mama puede variar considerablemente ⁽²⁵⁾. Cuando la corrección de la ptosis con o sin aumento se necesita para balancear una reducción, la técnica y las cicatrices son similares y el resultado tiende a ser más simétrico ^(31,32).

La buena simetría del complejo areola - pezón es importante pero es aún mas el igualar el volumen; no obstante, ambos deben ser objetivos de rutina de una cirugía reconstructiva y estética., el tamaño de la areola variará proporcionalmente con el volumen de la mama, aunque diferencias significativas pueden verse con asimetría glandular ⁽²⁵⁾.

Para la reconstrucción total del complejo areola - pezón se han propuesto técnicas como injertos de labios menores, de región anteromedial del muslo y de la mucosa oral, así como tatuaje, requiriendo siempre un consentimiento y entendimiento por parte de la paciente de las limitaciones cosméticas ^(33,34).

Después de la mastopexia y reducción, el descenso fisiológico de la masa mamaria se acompaña de la tendencia a la migración hacia arriba del complejo areola - pezón, un fenómeno que requiere corrección y que se evita con la técnica de pedículo dérmico propuesta por Elliot ⁽²⁵⁾.

La reconstrucción de la pared torácica es relativamente compleja y la necesidad de alterar el tórax depende de la severidad y localización del defecto, la reconstrucción de las deformidades de la reja costal en ausencia de disfunción cardiopulmonar usualmente no están indicadas ⁽²⁰⁾.

Deformidades severas de la reja costal pueden requerir una prótesis para camuflaje o colgajos musculares; las primeras particularmente para defectos musculares o pectus excavatum. Los colgajos de dorsal ancho y recto abdominal ofrecen resultados útiles ^(35, 36,37,38).

Las mujeres con Síndrome de Poland representan un reto para el cirujano reconstructivo, la mejor técnica para la reconstrucción mamaria permanece en debate. Los resultados de reconstrucción con tejido autólogo han mostrado ser seguros y efectivos. Los resultados a largo plazo utilizando varios tipos de implantes han sido adecuados, pero también han cursado con complicaciones tales como contractura capsular, dolor, deformidad o ruptura, reportándose tasas de dichas complicaciones que van del 15 al 100% ⁽²²⁾. Los retos técnicos y las opciones para mamoplastias de aumento, reducción y

mastopexia son bien conocidas por los cirujanos entrenados, una técnica favorita incluye la familiaridad con la misma y la satisfacción de la paciente ⁽²⁵⁾.

Muchas de las asimetrías adquiridas tienen el mismo planteamiento quirúrgico que las congénitas; sin embargo, la causa de la deformidad puede cambiar la opción de tratamiento. Las deformidades postraumáticas y posquirúrgicas son menos frecuentes y su tratamiento debe ser extremadamente individualizado; una infección severa puede también limitar el desarrollo mamario y distorsionar las estructuras existentes. El tratamiento puede requerir remodelación y reubicación de las estructuras así como expansión tisular (39,40,41,42)

La mayoría de las asimetrías mamarias son casos comunes y representan problemas correctivos más o menos rutinarios, en solo pocos casos la malformación es tan severa que requiere cierta cantidad de versatilidad e ingenio para corregirla. No siempre es posible llevar a una simetría precisa y todavía no existe ningún método científico exacto para determinar que cantidad de tejido debe ser escindido, o que tamaño de prótesis podría balancear perfectamente las dos mamas Usualmente los cirujanos toman estas decisiones basados en su experiencia y juicio quirúrgico y con frecuencia para evitar una falsa impresión de simetría obtenida se pregunta la opinión a cada miembro del equipo quirúrgico ⁽¹⁾.

MATERIAL Y METODOS

El objetivo de este estudio es describir las técnicas quirúrgicas utilizadas para la corrección de mamas asimétricas y de estas, las más frecuentemente realizadas en el servicio de Cirugía Plástica Reconstructiva del Hospital de Especialidades del Centro Médico la Raza en un período comprendido de junio de 1998 a junio de 1999. Se seleccionaron 20 pacientes detectadas de las libretas de registro mensual de programación quirúrgica de dicho servicio y con la autorización de la subdirección médica se revisaron los expedientes correspondientes para consignar los datos pertinentes para el estudio.

Se desarrollo un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, transversal, abierto y observacional, apegado a la declaración de Helsinki de 1987 modificada en Tokio en 1993, y a la Ley General de Salud de la República Mexicana.

Nuestra variable independiente fue la asimetría mamaria y la variable dependiente el procedimiento quirúrgico utilizado para su corrección.

Los criterios de inclusión fueron mujeres de 16 años de edad o más con diagnóstico clínico de asimetría mamaria congénita o adquirida y con estudios paraclínicos de biometría hemática, tiempos de coagulación, química sanguínea, mastografía y/o TAC, así como a todas las pacientes con Síndrome de Poland. No se incluyeron mujeres con asimetría mamaria cuya causa fue una mastectomía por cáncer o alguna patología benigna ni aquellas con enfermedad debilitante o en etapas avanzadas de insuficiencia renal,

hepática o cardíaca. Se excluyeron a las pacientes cuyo expediente clínico se extravió, aquellas con las que se perdió la continuidad del seguimiento a través de la consulta externa y las que fallecieron por alguna otra causa.

Los datos obtenidos de los expedientes fueron la edad, No. de filiación, , tipo de asimetría mamaria y síndromes asociados, valores de biometría hemática, química sanguínea y tiempos de coagulación, reporte de mastografía y TAC en caso de haberse practicado alguno de estos estudios, y tipo de procedimiento quirúrgico utilizado para la reconstrucción el cual se determina en consenso con el grupo de médicos del servicio de Cirugía Plástica Reconstructiva en la clínica de mama y durante la cual se deja asentado en el expediente clínico datos respecto a la etiología y exploración física. Esta última incluye la estimación del tamaño de la mama en gramos y mediciones en centímetros de la base de la mama, del meridiano mamario, de la escotadura supraesternal al apéndice xifoides, de la escotadura supraesternal al ombligo, de la línea medio clavicular al complejo areola-pezones (CAO), del manubrio esternal al CAP, de la areola al surco inframamario (SIM), de la línea axilar anterior al centro del SIM, el tamaño horizontal y vertical del CAP y la profundidad del tórax; además, la presencia, déficit o ausencia de tejido mamario, estado del músculo pectoral, de las estructuras óseas y de la piel y el grado de proyección o ptosis mamaria.

Con respecto al tipo de reconstrucción, en caso de ser mamoplastia de reducción se especificó el tipo de pedículo, el marcaje, el volumen de resección y la localización de las cicatrices; en las de aumento se documentó el tipo de prótesis, el volumen y la localización

de la misma y en las que se utilizaron colgajos autólogos se determinó el tipo de este (libre o rotado).

Se obtuvo registro fotográfico preoperatorio y postoperatorio. También se consignó la valoración postoperatoria de la simetría alcanzada en cuanto a volumen y proyección, relación de la mama con el tórax, tamaño de la mama y relación con el CAP, así como la ubicación, tamaño y sintomatología de las cicatrices. Se anexa documento de recolección de datos.

El análisis de los datos se realizó con estadística descriptiva e inferencial y con la prueba exacta de Fischer.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 20 pacientes en el periodo comprendido del 1 de Junio de 1998 al 30 de Junio de 1999, en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "La Raza" IMSS, con un rango de edad de 19 a 54 años y Media de 29.8 años (Grafica # 1).

Las pacientes se agruparon de manera preoperatoria según la clasificación de Elsayh en 5 grupos correspondiendo 11 al grupo I (55%), 8 al grupo V (40%) y 1 al grupo IV (5%). No hubo pacientes dentro de los grupos II y III. (Grafica # 2).

El síndrome asociado que se observado en las pacientes fue el síndrome de Poland presentándose en 8 casos (Grafica #3).

El procedimiento realizado en las 11 pacientes del grupo I fue mamoplastia de reducción de manera bilateral (55%), en la paciente del grupo IV fue una mamoplastia de reducción unilateral (5%) y se realizó mamoplastia de aumento en las 8 pacientes del grupo V (40%). Tabla No 1.

	Procedimientos	Total
I	Mamoplastia de Reducción Bilateral	11(55%)
II	Ninguno	0
III	Ninguno	0
IV	Mamoplastia de Reducción Unilateral	1 (5%)
V	Mamoplastia de Aumento	8(40%)

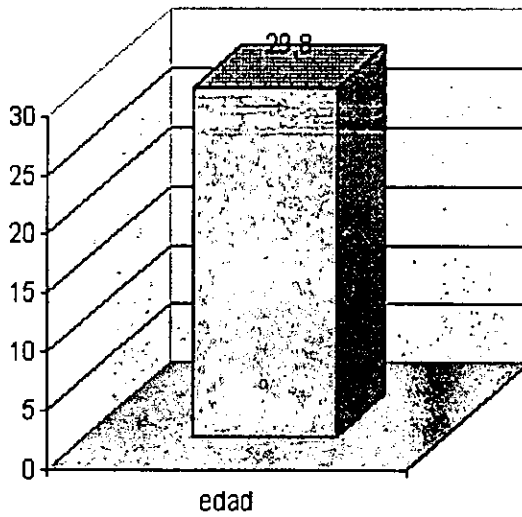
Se evidenciaron 8 pacientes (40%) con síndrome de Poland asociado a su asimetría. (Grafica #3).

La diferencia promedio del volumen preoperatorio de las mamas asimétricas no asociadas al síndrome de Poland fue de 248.7 gramos y la diferencia de volumen postoperatorio promedio fue de 31.2 gramos; para las asimetrías mamarias asociadas al Síndrome de Poland fue de 215.4 y 8.3gr, respectivamente. (Tabla No 2).

	<i>Preop (gr)</i>	<i>Postop (gr)</i>
<i>Poland</i>	248,7	31,2
<i>No Poland</i>	215,4	8,3

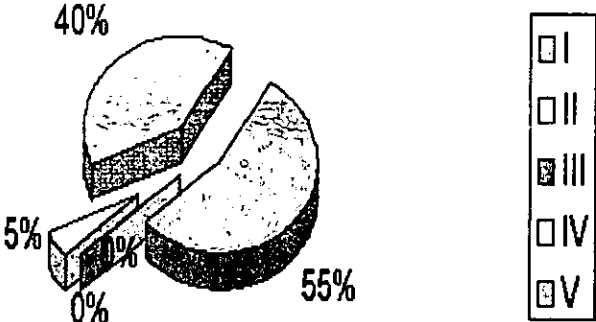
El total de cirugías de mama realizadas en el servicio durante el período analizado fue de 57 (100%) y las cirugías practicadas para asimetría mamaria de 20 (35%).
(Grafica No 4).

ASIMETRIA MAMARIA

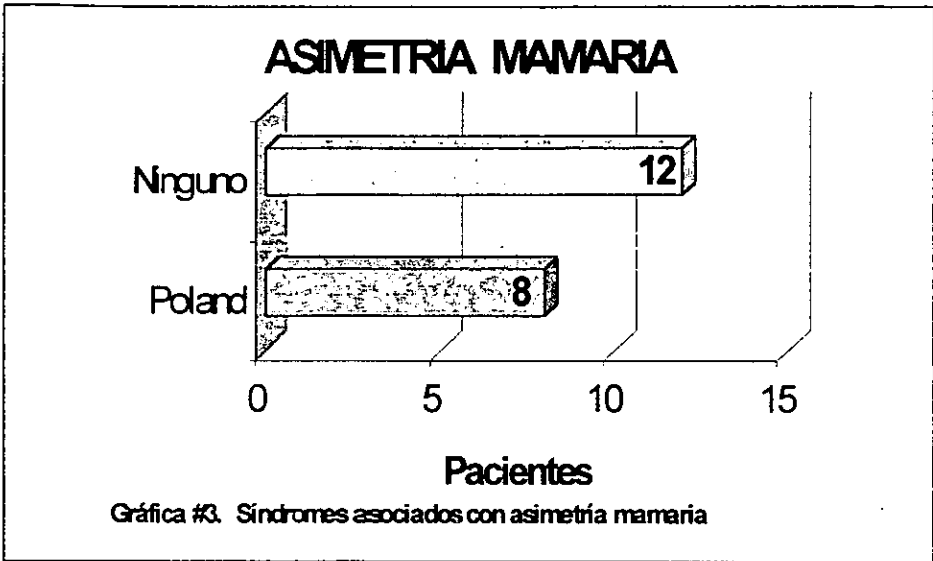


Gráfica #1. Media de edad

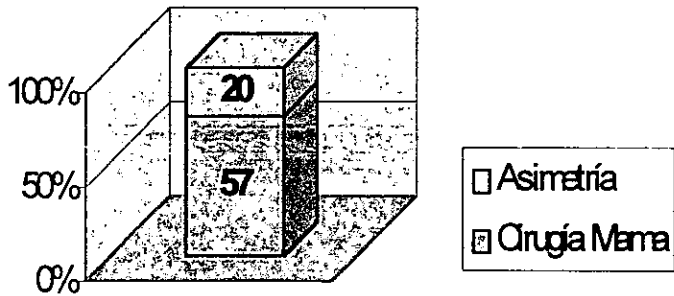
ASIMETRIA MAMARIA



Gráfica #2. Distribución de los pacientes por grupo de asimetría.



ASIMETRIA MAMARIA



Gráfica #4. Relación de la asimetría con el total de la cirugía mamaria

DISCUSION

En la corrección de mamas severamente asimétricas, la secuencia correcta de los diferentes procedimientos quirúrgicos es una situación poco conocida, en nuestra opinión, los procedimientos quirúrgicos que utilizan el tejido mamario de la mama hipertrófica para aumentar y reconstruir la mama hipoplásica no tienen lugar en el tratamiento moderno.

En el intento de llevar las mamas a la simetría se deben de tener en mente problemas como el tamaño o volumen, la posición y una buena cicatriz. Corso ⁽²⁰⁾ y Elliot ⁽⁵⁾ puntualizaron la importancia del análisis preoperatorio del tamaño y contorno de las mamas asimétricas; sin embargo, también en sus series presentadas de 8 casos de severa hipoplasia unilateral a pesar de las medidas preoperatorias en todos los casos, existe un error al subestimar el volumen de la prótesis necesaria para llevar a un volumen igual; sin embargo, nuestra casuística nos muestra que se logra una simetría más consistente en las pacientes a las cuales se les practicó mamoplastia de aumento y en quienes se estimó previamente el volumen de la prótesis.

En nuestro estudio no evidenciamos pacientes que correspondieran a los grupos II y III, y solamente una paciente correspondió al grupo IV, coincidiendo con lo expuesto por Elshahy ⁽³⁰⁾, quien además considera que estos grupos, particularmente el grupo III es el más difícil de corregir por el tipo de reconstrucción, el cual requiere de diferentes técnicas para cada mama lo que conlleva a un margen de error mucho mayor y por ende a una mala simetría.

Se ha especulado a cerca de la etiología de las mamas asimétricas pero no se ha demostrado de manera clara, creemos que un análisis preciso de múltiples problemas los cuales pueden llevar a la asimetría mamaria puede conllevar a la mejor elección del procedimiento en cada caso. Se observó que la mamoplastia de aumento es el procedimiento más controlable y que por ende nos da una mejor versatilidad para la simetría, en términos de producir un tamaño deseado y quizá frecuentemente útil para la espera y el juicio del volumen requerido para el aumento después de la reducción si fuera el caso.

La hipoplasia unilateral como en el caso del Síndrome de Poland la estimamos más común que lo reportado y en esto coincide con el trabajo de Corso ⁽²⁰⁾; sin embargo, no existe una etiología clara así como tampoco una tendencia familiar y el aspecto psicológico es frecuentemente muy significativo.

El trabajo de Longaker ⁽²⁰⁾ propende por la reconstrucción de las mamas asimétricas en el Síndrome de Poland con colgajos libres microvasculares pero en nuestros casos obtuvimos una simetría adecuada mediante mamoplastia de aumento con implante sin necesidad de manejo de la mama contralateral y esto se hizo evidente con el bajo grado de diferencia en volumen postoperatorio en este grupo.

La mayoría de los casos de mamas asimétricas son casos comunes y ellos representan problemas correctivos mas o menos rutinarios y solo en pocos casos se requiere cierta

cantidad de versatilidad e ingenio para corregir la deformidad. No hemos encontrado un método científico para determinar qué tanto tejido se debe escindir y que prótesis o implante logra un balance perfecto de las dos mamas. Usualmente el cirujano toma esa decisión de acuerdo a su experiencia y juicio quirúrgico.

Hemos encontrado de suma utilidad una meticulosa evaluación preoperatoria del tamaño y forma de las dos mamas, aunque la decisión final se basa en un consenso con los miembros del equipo como lo reporta Gliosci⁽¹⁾.

CONCLUSIONES

La asimetría mamaria ocupa un importante porcentaje dentro de la patología mamaria detectándose en mujeres jóvenes de edad reproductiva.

El síndrome de Poland asociado a la asimetría mamaria y que representa más de la tercera parte de nuestra casuística está incluido en el grupo V de la clasificación de Elsayh y su reconstrucción lleva a una simetría más precisa.

La mamoplastia de reducción bilateral mediante técnicas estándares en las pacientes del grupo I fue el procedimiento que llevó a una simetría adecuada pero no tan precisa como la mamoplastia de aumento utilizadas en el grupo V asociado al síndrome de Poland.

La asimetría mamaria en las pacientes que no tienen síndrome de Poland asociado es dependiente de hipertrofia y de esta forma las técnicas de reducción son las más utilizadas.

La mamoplastia de reducción unilateral es poco utilizada ya que la frecuencia de pacientes detectadas en los grupos II, III y IV es mínima y su reconstrucción para llevarlas a una simetría es más difícil.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

BIBLIOGRAFÍA

1. Amleto Gliosci, Fabio Presutti. Asymmetry of the Breast: Some uncommon cases. *Aesth. Plast. Surg.* 18: 399 – 403, 1994.
2. Paule Regnault, Rollin K. Daniel. *Aesthetic Plastic Surgery Principles and Techniques.* Boston/Toronto, Little Brown 1ª Ed. 1984: 595.
3. Trier W. C. Complete Breast Absence. *Plast. Reconstr. Sur.* 36 : 430-9, 1965.
4. Pers, M. Aplasia of the anterior thoracic wall, the pectoral muscles and the breast. *Scad. J. Plast. Reconstr. Surg.* 2: 125-9, 1968.
5. Elliot, R. A., Jr. Hoehn, J. G., and Greminger. Correction of asymmetrical breast. *Plast. Reconstr. Surg.* 56: 260-5, 1975.
6. Hueston, J. T. Unilateral agenesis and hipoplasia: Difficulties and suggestions. In R. M. Goldwyn. 9ª Ed., *Plastic and Reconstructive Surgery of the Breast.* Boston: Little Brown, 1976.
7. Hughes, E. S. R. The development of the mammary gland. *Ann. R. Coll. Surg. Engl.* 6: 99-108, 1950.

8. Mathews, R. E. Bilateral absence of breast. *N. Y. State J. Med.* 74: 87-94, 1974.
9. Ohmori, K., and Takada, H. Correction of Poland's pectoralis major abnormality with latissimus dorsi musculocutaneous flaps. *Plast. Reconstr. Surg.* 65: 400-6, 1980.
10. Williams, J.E. Complete breast absence. *Plast. Reconstr. Surg.* 49: 253- 60, 1972.
11. Ravitch, M. M. Poland's Syndrome: An study of an eponym. *Plast. Reconstr. Surg.* 59: 508-12, 1977.
12. Chatterton, R. Mammary Gland: Development secretion. *Obstet Gynecol Annu* 7: 303-10, 1978.
13. Westreich, M. Anthropomorphic breast measurement: Protocol and results in 50 women with aesthetically perfect breast and clinical application. *Plast. Reconstr. Surg.* 2: 468-75, 1998.
14. Smith, D. J., Jr., Palin, W. E., Jr., Katch, V. L., et al. Breast volume and anthropomorphic measurement: normal values. *Plast. Reconstr. Surg.* 78: 331-40, 1986.

15. Grossman, A. J. and Rounder, L. A. A simple means of accurate breast volume determination. *Plast. Reconstr. Surg.* 66: 851-60.
16. Loughry, C. W., Sheffer, D. B., Price, T. E., Jr., et al. Breast volume measurement in 248 women using bioesterometric analysis. *Plast. Reconstr. Surg.* 22: 253-9, 1987.
17. Smith, D., Palin, W., Katch, V., Bennet, J. Treatment of congenital breast asymmetry. *Ann. Plast. Surg.* 17: 92-100, 1986.
18. Maliniac, J. W. *Breast deformities and their repair.* New York: Grune and Stratton, pp. 68-72, 1950.
19. Elliot, R. A. Jr., Hoehn, J., Greminger, R. F. Correction of asymmetrical breast. *Plast. Reconstr. Surg.* 56: 260-5, 1975.
20. Corso, P. F. Plastic surgery for the unilateral hipoplastic breast. *Plast. Reconstr. Surg.* 50: 134-41, 1972.
21. Rees, T. D., Dupois, C. C. Unilateral mammary hypoplasia. *Plast. Reconstr. Surg.* 41: 307-10, 1971.

22. Longaker, M. T., Glat, P., Colen, L. B., Siebert, J. W. Reconstruction of breast asymmetric in Poland's chest- wall deformity using microvascular free flaps. *Plast. Reconstr. Surg.* 99: 429-36, 1997.
23. Horton, Ch., Adamson, J. E., Mladick, R., Taddeo, R. J. The unilateral hypoplastic breast. *Br. J. Plast. Surg.* 23: 161-4, 1970.
24. Bouman, F. G. Modification of the Strombeck mammoplasty to reconstruct an agenetic breast. *Br. J. Plast. Surg.* 23: 265-8, 1970
25. Elliot, R. Asymmetric breast In: Georgiade, S. N., Riefkhol, R. *Aesthetic Surgery of the Breast.* Philadelphia. W. B. Saunders, 1990, pp 135-58.
26. Bouman, F. Volumetric measurement of the human breast and breast tissue before and during mammoplasty. *Br. J. Plast. Surg.* 23: 263:71, 1970.
27. Kiranoff, T. Volume measurements of unequal breast. *Plast. Reconstr. Surg.* 44: 536-38, 1974.
28. Zarem, H. Standards of medical photography In: Nelson, G., and Krause. *Clinical Photographic In Plastic Surgery.* Boston, Little Brown, 1988, p. 73.

29. Cole, N. Informed consent: Considerations in a aesthetic and reconstructive surgery of the breast. *Clin. Plast. Surg.* 15: 541-50, 1988.
30. Elshahy, N. I. Correction of asymmetries of the breast. *Plas. Reconstr. Surg.* 57: 700-4, 1976.
31. Elbaz, J., Werheeecke, G. La Cicatrice en L dans les plasties mammaires. *Ann. Clin. Plast.* 17 : 283-8, 1972.
32. Marchac, D., Sagher, U. Mammoplasty with a short horizontal scar evaluation and results after 9 years. *Clin. Plast. Surg.* 15: 627:32, 1988.
33. Little, J., Spear, S. The finishing touches in nipple areolar reconstruction. *Perspect. Plast. Surg.* 2: 1-8, 1988.
34. Brent, B. Nipple areolar reconstruction following mastectomy: an alternative to the use of labial and contralateral nipple areolar tissues. *Clin Plast. Surg.* 6: 95-103, 1979.
35. Baker, J., Douglas, W. Repair of concavity of thoracic wall with silicone elastomer implant. *Plast. Reconstr. Surg.* 56: 212-8, 1975.
36. Masson, J., Payne, W., Gonzales, J. Pectus excavatum use of performed protheses for correction in adults. *Plas. Reconstr. Surg.* 46: 39-44, 1970.

37. Bostwick, J. Correction of breast asymmetries. In: *Aesthetic and Reconstructive Surgery*. St. Louis, C. V. Mosby, 1993, p. 103.
38. Harttrampf, C. The transverse abdominal island flap for breast reconstruction: A 7 year- experience. *Clin. Plast. Surg.* 15: 703-18, 1976.
39. Buchman, H., Larson, D., Huang, T., et al. Nipple and areola reconstruction in the burned breast. *Plast. Reconstr. Surg.* 54: 531-8, 1974.
40. Guan, W., Jin, Y., Cao, H. Reconstruction of postburn female breast deformity. *Ann. Plast. Surg.* 21: 65-72, 1988.
41. Neale, H., Smith, G., Gregory, R., MacMillan, B. Breast reconstruction in the burned adolescent female. *Plast. Reconstr. Surg.* 70: 718-21, 1982.
42. Versaci, A., Balkovich, M., Goldstein, S. Breast reconstruction by tissue expansion for congenital and burn deformities. *Ann. Plast. Surg.* 16: 20-7, 1986.