

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO

11211

12

“ LA RAZA ”

CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA

IMSS



DR. JESUS ARENAS OSUNA

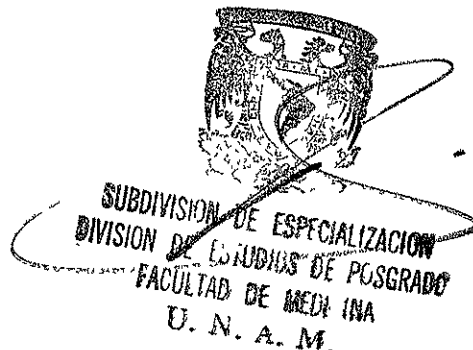
JEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA

DR. ANGEL CORZO SOSA
TITULAR DEL CURSO

DR. JORGE EDUARDO COTARI LÓPEZ
ALUMNO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROTOCOLO No: 2001 - 690 - 0143





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS .

A mis padres por su apoyo y amor en esta formación académica

A mi esposa Eva por su comprensión y cariño durante la especialidad .

A mis maestros los que informalmente me enseñaron y a los que formalmente se excluyeron .

A mis amigos y compañeros residentes que me enseñaron y acompañaron durante esta especialidad .

ÍNDICE

Hoja de presentación	1
Resumen	2
Abstract	4
Antecedentes Científicos	6
Material y métodos	9
Resultados	10
Discusión	11
Conclusiones	12
Bibliografía	13
Anexos	15
Índice	21

RESUMEN

TITULO :

Epidemiología y manejo quirúrgico de la mama tuberosa en el H.E.C.M. La Raza .

OBJETIVOS :

Determinar, evaluar los resultados de incidencia , tipo , clasificación y manejo quirúrgico de la mama tuberosa

MATERIALES Y METODOS :

Es un estudio retrospectivo , transversal , descriptivo , observacional Se revisaron expedientes de pacientes con diagnostico de mama tuberosa entre enero de 1996 a diciembre del 2000, pertenecientes al servicio de Cirugía Plástica Reconstructiva del H.E.C.M.La Raza , con análisis estadístico univariado.

RESULTADOS :

Se captaron 12 pacientes manejados quirúrgicamente en la corrección de mama tuberosa clasificándose en 3 tipos , de acuerdo a la severidad de la deformación : el tipo I con déficit del cuadrante medial inferior de la mama : Tipo II con deficiencia de ambos cuadrantes inferiores :el tipo III los cuatro cuadrantes son deficientes , encontrándose una predominancia del tipo II (42 %), en cuanto a combinaciones mas frecuentes fueron : I-II (25 %) y II-II (25 %). La asimetría estuvo presente en 9 pacientes (75 %) el porcentaje de mamas hipotróficas operadas 67 % (16) , volumen normal 21 % (5) e hipertróficas 12 % (3) .

El tratamiento QX realizado con mayor frecuencia fue mamoplastia de aumento con implantes y remodelación de la mama .

CONCLUSIONES :

El tipo II de mama tuberosa fue la mas frecuente (42 %) presentando un alto porcentaje de asimetría mamaria 75 % .La mamoplastia de aumento con implante y remodelación de la glándula da un aspecto y forma mas agradable de las mamas mejorando la calidad de vida de las pacientes .

PALABRAS CLAVE :

Mama tuberosa
Clasificación
Manejo Quirúrgico

ABSTRACT

TITLE :

Tuberous breast epidemiology and surgical management in HECM La Raza.

OBJECTIVES:

To determinate and evaluate results, incidence, type, classification and surgical management in tuberous breast.

PATIENTS AND METHODS:

Retrospective, observational, transversal and descriptive study. Clinical files with tuberous breast diagnostic were review between January 1996 to December 2000 in patients from Plastic and Reconstructive Surgery Service in HECM La Raza with statistic analysis.

RESULTS

Twelve patients with surgical management for tuberous breast correction were found. Classification was in three types: I,II,III depending of deformity severity; type I hypoplasia of the lower medial quadrant, type II both lower quadrants are deficient and type III all four quadrant are deficient. We found type II predominance (42%). More frequent finds combination were type I-II (25%) and type II-II (25%). Asymmetry was present in nine patients (75%). Operated hypotrophic breasts percentage was 21% (5) and hypertrophic breasts were 12% (3). More frequent surgical treatment was augmentation breast with implant and breast resurfacing.

CONCLUSSIONS

Tuberous breast type II is the most frequent type in this study (42%). Asymmetry has high percentage (75%). Surgical management with augmentation breast (implant) and breast resurfacing gives more nice shape and appearance making better patients lifestyle.

KEY WORDS:

Tuberous Breasts
Classification
Surgical procedures .

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

El tejido mamario se origina de la capa ectodérmica aproximadamente el día 20 y el desarrollo embrionario de la mama se inicia la sexta semana de la vida fetal , al mismo tiempo que la areola y pezón se forman (1) .

Después del nacimiento la influencia hormonal en el desarrollo de la mama durante la pubertad es compleja , dependiendo del compromiso y nivel hormonal hacia el tejido mamario . Los estrógenos , progesterona , corticoides y tiroxina todos tienen el mismo rol en el desarrollo de la mama (1) . La mama es idéntica en niños y niñas hasta la pubertad , el desarrollo de la mama es usualmente el primer signo de pubertad en el adolescente femenino (telarquia) (1) .

Se conoce como mama tuberosa a la malformación que involucra una hipoplasia de la glándula con la protuberancia y sobredesarrollo areolar catalogándose como una condición benigna . Esta deformidad de la mama esta limitada a sus diámetros vertical y horizontal de la base , asociada con sobredesarrollo del complejo areola pezón . Se a sugerido pero no comprobado que esta deformidad puede resultar del uso de esteroides exógenos para la inducción del desarrollo puberal (2) .

Ress y Aston en 1976 fueron los primeros en describir las mamas tuberosas (3) (4) , estos autores distinguen entre dos tipos de mamas tuberosas . Se usa el termino de mama tuberosa para describir la deformidad de esta , cuando presenta una deficiencia circunferencial de la piel que envuelve la base de la mama , junto a una deficiencia del parénquima , la deficiencia de ambas estructuras es asimétrica usualmente y concentrada en el hemisferio inferior de la mama , el complejo areola pezón esta deformado por un anillo de tejido fibroso que abarca la periferia de la areola y el tejido mamario condicionando una protrusión o herniación .

El otro defecto relacionado es la mama tubular , que esta caracterizado por una deficiencia circunferencial de la piel que envuelve la glándula asociada generalmente a una deficiencia

simétrica de la piel . Aunque el pezón esta agrandado y herniado usualmente dentro la areola este no es un rasgo característico principal , la mama se presenta ptosica de forma tubular y el complejo areola pezón descendido (3)(4) .

La esencia del defecto a sido interpretada en forma diferente por todos los autores poniendo énfasis sobre la reducción de la cobertura cutánea y la pseudo herniación (5) .La incidencia exacta de la mama tuberosa es desconocida (5) . Se emplearon muchos términos descriptivos para la deformidad tuberosa de la mama sin llegar a una nomenclatura y clasificación aceptable .

D.V. Hendimburg en 1996 realiza una clasificación de la mama tuberosa en 4 tipos (6)

Tipo I : Hipoplasia del cuadrante medial inferior

Tipo II : Hipoplasia de los cuadrantes medial y lateral inferior , con suficiente piel en la region subareolar

Tipo III : Hipoplasia de los cuadrantes medial y lateral inferior , con deficiencia de piel en la region subareolar

Tipo IV : Constricción severa de la mama con mínima base de la misma

Existe otra clasificación derivada de la anterior en el que toma en cuenta solo 3 de los 4 tipos , porque la diferencia entre los tipos II y III no tiene un real objetivo anatómico y clínico modificación de Jean Louis Grolleau et al (11)

Tipo I : deformidad y déficit solo en el cuadrante medial inferior .

Tipo II : Ambos cuadrantes inferiores son deficientes .

Tipo III : Los cuatro cuadrantes son deficientes.

Esta malformación representa un formidable desafío al cirujano reconstructivo y como en severos casos un simple truco quirúrgico puede ofrecer aceptables resultados (7) . Se han propuesto muchas soluciones quirúrgicas , algunos cirujanos consideran la reducción de la cobertura cutánea como un elemento determinante en el uso de expansores tisulares realizando expansión progresiva de la piel aflojando el anillo fibroso del surco inferior inframamario (7) . otros abordan el déficit usando colgajos cutáneos o Z plastias , por otro lado muchos autores creen que no se debe a un déficit de piel real y que la expansión de piel es una pérdida de tiempo porque ninguno

resuelve la ptosis y no determina una adecuada redistribución del tejido mamario , además requieren de un segundo procedimiento para una prótesis definitiva , tampoco se aceptan cicatrices innecesarias producidas por los colgajos ya que son rechazadas por los pacientes (7)

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño del estudio fué de tipo observacional , retrospectivo , transversal y descriptivo . El objetivo determinar la incidencia (epidemiología) y manejo quirúrgico de la mama tuberosa en el H.E.C.M.La Raza . Estudio realizado en el H.E.C.M. La Raza en el servicio de cirugía plástica y reconstructiva durante un periodo de 5 años se captaron expedientes en archivos del servicio de pacientes con deformidades de la mama estudiándose a 12 pacientes con diagnóstico de mama tuberosa . Se tomo en cuenta para el estudio la clasificación de Von Heimburg Et Al., modificada por Grolleau para determinar la frecuencia de los diferentes tipos de mama tuberosa , las combinaciones de los diferentes tipos ,se tomo en cuenta la edad ,la simetría , herniación del complejo areola pezón y el manejo quirúrgico para cada tipo de mama tuberosa.

RESULTADOS

Se captaron un total de 28 pacientes con deformidades de la mama y se tomaron en cuenta a 12 pacientes los cuales entraban dentro de la clasificación de mama tuberosa descrita por Von Heimburg et al y modificada por Grolleau argumentando que los tipos II y III de la clasificación de Von Heimburg no tienen un objetivo anatómico y clínico real. De las 12 pacientes estudiadas se encontró un rango de edad de 18 a 31 años con una edad media de 23 años, el número total de mamas estudiadas fueron 24 de las cuales el tipo I correspondió a 8 pacientes (33 %), de tipo II con 10 pacientes (42 %), de tipo III a 6 pacientes (25 %) (Gráfica 1). Las combinaciones encontradas de mamas tuberosas más frecuentes correspondieron a: I-I = 2 pacientes (17 %); I-II = 3 (25 %); I-III = 1 (8 %); II-II = 3 (25 %); II-III = 1 (8 %); III-III = 2 (17 %) (Gráfica 2).

Con respecto a la asimetría se encontró en 9 pacientes correspondiendo al (75 %) y la simetría en 3 pacientes (25 %). (Gráfica 3).

Según el volumen mamario se consideraron hipotroficas con menos de 100 gr de tejido mamario, hipertroficas con más de 100 gr con el siguiente resultado Hipotroficas: 16 mamas correspondiendo a (67 %); Hipertroficas: 3 (12 %); Normales: 5 pacientes (21 %)

El número de cirugías realizadas y tipo de tratamiento quirúrgico y el porcentaje de las 24 mamas fue: Tipo I: mamoplastia 5 pacientes (21 %), reducción 3 pacientes (12 %). Tipo II mamoplastia de aumento con implante + remodelación de tejido mamario 10 pacientes (42 %); Tipo III expansión tisular + mamoplastia aumento con implante 4 (17 %), Solo implante 2 (8 %). (Gráficas 5 y 6).

Todas las mamas presentaron ptosis, 22 mamas presentaron herniación del C.A.P. (92 %).

DISCUSIÓN

La mama tuberosa provoca problemas psicológicos en las pacientes que la padecen y por su variada forma de presentación requiere de un manejo quirúrgico individual para cada caso en el estudio que realizamos encontramos que la variedad mas común es la de tipo II con 42 % (10) , en contraste en artículos publicados refieren que la de tipo I se presenta con mayor frecuencia 54 % según Grolleau (11) y de 28 % por Von Heimburg (6) . En cuanto a la asimetría los resultados fueron similares a los de otros reportes , presentando en el estudio 75 % de asimetría y de 70 % reportadas por otros autores.La variación en el volumen de la mama según el tipo de déficit fue similar que en los estudios reportados predominando la hipotrofia de la mama en el tipo III ,si nos referimos a la herniacion o prolapso de la areola el porcentaje es alto en este estudio 75 % , la cual esta asociado mas frecuentemente con los de tipo severo II y III (11) Las dos mamas son generalmente tuberosas en su presentación lo cual se confirma en reportes previos. Esta malformación representa un formidable desafío al cirujano reconstructivo y mucho mas en los casos severos , muchas soluciones quirúrgicas se han propuesto dependiendo del grado de severidad se eligira el tratamiento adecuado en este estudio se realizaron tratamientos combinados en determinada situación en un solo tiempo , en porcentaje el procedimiento quirúrgico que se realizo con mayor frecuencia fue mamoplastia de aumento con implante mas redistribución glandular 42 % correspondiendo a las de tipo II de esta manera evitando el doble surco submamario (6) (11), en la mayoría de los casos la herniación o prolapso de la areola se resolvió con una plastia tipo dona (13) Como en reportes previos el tipo I se resolvió con plastia y colgajo dermoglandular , en los de tipo III severo se realizo previa expansión tísular para posteriormente colocar un implante .

CONCLUSIÓN

Por el estudio realizado encontramos que la mama tuberosa de tipo II es la que se presento con mayor frecuencia 42 % , presentando también un alto porcentaje de asimetría 75% . El manejo quirúrgico realizado de mamoplastia de aumento con implante mas la redistribución del tejido glándular fue el que con mayor frecuencia se realizo condicionando un aspecto y forma mas agradable de la mama mejorando el autoestima y la calidad de vida de las pacientes.

BIBLIOGRAFÍA .

- 1.- Lawrence S. neinstein MD Breast disease in adolescent and young women pediatric Clinic of north America 199 (3) : 607-629.
- 2.- Claire Templeman , MD and S. Paige Hertwerck , MD Obstetric and Gynecology Clinic of North America 2000 ; 27 (1) : 19-34
- 3.- Ress TD , Aston SJ , The Tuberous breast , Clin Plast Surg 1976 : 3 ; 339-47
- 4.- Armand D . Versaci , MD and Arlene A. Rozzelle , MD Treatment of Tuberous breast utilizing tissue expansion Aesth plast Surg 1991 ; 15 : 307-312
- 5.- I . Richard Toranto , MD .Two Stage correction of tuberous breast . plastic and reconstructive, 1981 ;67 : 642-6 .
- 6.- D.V. Heimburg, K Exner , S Kruft and G, Lemperle The tuberous deformity : Clasification and treatment . British Journal of Plastic Surgery . 1996 ; 49 : 339-345
- 7.- Pietro Penattiere . MD , Giovanni – Alberto Del gaudio . MD . Lucio Marchetti . MD , danilo accorsi . MD . and Antonio del Gaudio . MD F. A. C. S . The tuberous breast syndrome . Aesth . plast . Surg . 2000 ; 24 : 445-449
- 8.- Melvyn I . Dinnert , F.R.C.S. , Richard V. Dowden MD : the tubular / Tuberous Breast Syndrome . Annals of Plastic surgery ; 19 (5) : 1987 : 414-420
- 9.- Martin P . Elliott , MD A musculocutaneous Transposition Flap Mammoplasty for correction of the tuberous breast . Annals of plastic surgery . 20 (2) : 1998 : 153-57

10 .- Liacyr Ribeiro , MD , Waldecir Canzi , MD . Alfonso Buss , Jr . And alfonso Accorsi , Jr .MD . plastic and reconstructive surgery . 1 (1) ; 1998 42-49.

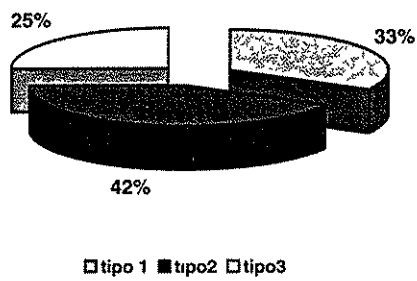
11 .- Jean Luis Grolleau , MD Etienne Lanfrey , MD Lavigne , MD Jean Pierre Chavoin , MD and Michel costagliola , MD . Breast base anomalies : Treatment strategy for tuberous breast , minor deformities , and asimetry. Plastic and reconstructive Surgery 1999 :4 (7) : 2040-2048

12 .- Geoffrey Williams , and Saul Hofman , MD Mammoplasty for Tubular breast . aesthetic plastic Surgery . 1981 ; 5 : 51-56.

13,- Bahman Teimourian , M,D, and Mehdi N, Adham M.D. Surgycal correction of the Tuberous Breast .Annals of Plastic Surgery 1983 ; 10

ANEXOS

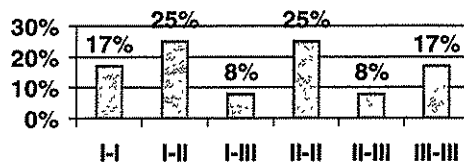
Tipos de Mama tuberosa



GRAFICA 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

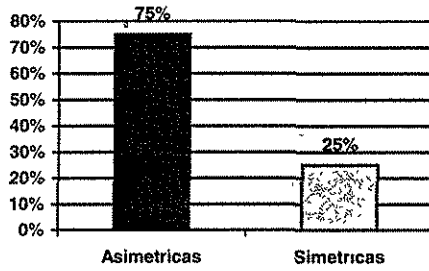
Combinaciones Encontradas de Mama tuberosa



GRAFICA 2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Asimetría Mamaria

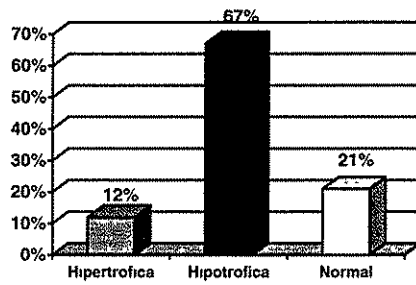


Q

GRAFICA 3

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

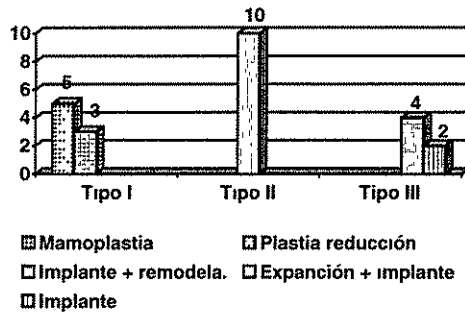
Volumen Mamario



GRAFICA 4

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tratamiento quirúrgico realizado

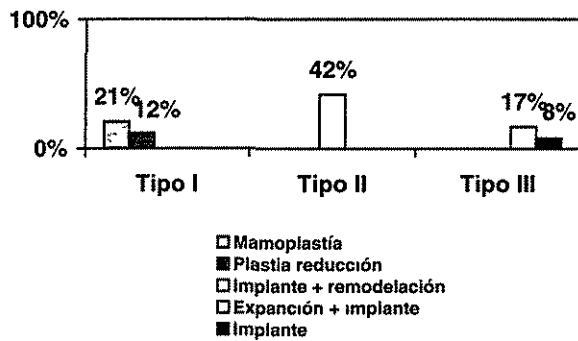


GRAFICA 5

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALIÓ EN LA RESUMEN...

% de Tipos de Cirugía



GRAFICA 6

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN