

Memorias III Curso-Taller de Cirugía Plástica: reconstrucción estética y corporal Postgrado de cirugía plástica, estética y reconstructiva – UIS

Patología mamaria benigna: diagnóstico y tratamiento

Juan Dario Alviar-Rueda*

*Médico especialista en Cirugía Plástica. Profesor asistente del Posgrado Cirugía Plástica. Facultad de Salud. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. Santander. Colombia.

Correspondencia: Dr. Juan Dario Alviar Rueda. Correo electrónico: juandalviar@yahoo.com.ar

¿Cómo citar este artículo?: Alviar-Rueda JD. Patología mamaria benigna: diagnóstico y tratamiento. MÉD.UIS. 2018;31(3):61-71. doi:10.18273/revmed.v31n3-2018008

Introducción

La patología benigna de la mama es uno de los motivos de consulta más comunes en la práctica diaria del área de la cirugía plástica, siendo la hipertrofia del tejido mamario, la gigantomastia juvenil, las mamas supernumerarias y la ginecomastia las patologías más frecuentes.

Desarrollo del tema

Anatomía

La glándula mamaria está constituida principalmente por tejido fibroglandular y tejido graso. Está ubicada entre la segunda y sexta costilla a nivel del tórax, teniendo como límite superior la clavícula y los dos primeros espacios intercostales, inferiormente a nivel del séptimo espacio intercostal y el surco mamario, lateralmente por la línea axilar anterior, medialmente por la línea para-esternal y en su parte posterior por el músculo pectoral mayor, en su gran mayoría. La glándula mamaria está recubierta por diferentes estructuras que le dan soporte al tejido, conformado por una serie de ligamentos y una fascia superficial que se extienden en toda su pared anterior. Además,

consta de ligamentos transversales los cuales van a dar sostén para evitar el efecto de la gravedad.

En la región central de la mama se encuentra el complejo areola-pezón, el cual debe estar equidistante al comparar las mamas o centrado preferiblemente en el punto de mayor proyección de la mama. Hay areolas grandes o pequeñas, que pueden medir desde 3 cm hasta 4-6 cm, o incluso hasta los 12 cm de una areola con gigantomastia; también existen variaciones en el tamaño y la proyección del peso.

La mama se caracteriza por ser una estructura muy vascularizada que tiene puentes vasculares importantes y de varias procedencias como de la arteria torácica lateral, la arteria toracodorsal, perforantes provenientes de las intercostales laterales, perforantes de las intercostales mediales y ramas perforantes de la mamaria interna. Teniendo en cuenta la distribución de la anatomía vascular se han diseñado diferentes técnicas quirúrgicas de mamoplastia de reducción para conservar el pedículo vascular del complejo areola-pezón. El pedículo vascular hace referencia al vaso fuente que va encargado de nutrir el complejo areola-pezón. Este pedículo puede ser superior, inferior, superomedial o bipediculado, entre otros.

En el género masculino existe una ausencia del

volumen mamario característico de la mujer, además de conductillos atróficos.

Hipertrofia mamaria

La hipertrofia mamaria también es conocida como gigantomastia o macromastia. La hipertrofia mamaria se define como un aumento importante del tejido mamario superior al normal, generando síntomas tanto físicos como psicológicos los cuales van a afectar su salud o calidad de vida. En algunos textos se habla de clasificaciones según el peso en gramos, pero esta estimación al examen físico es difícil.

En la etiología de la hipertrofia mamaria existen diferentes teorías, como la teoría hormonal que hace referencia a la presencia de receptores de estrógenos que generan una respuesta a nivel del tejido mamario causando un aumento, principalmente y más frecuente, del tejido fibroso, graso y en menor proporción glandular. Sin embargo, desde el punto de vista clínico, aunque se pueden realizar estudios hormonales en la mayoría de los casos no se encontrará una relación de causalidad desde el punto de vista hormonal, ya que la mayoría son idiopáticas. Los factores hereditarios son un componente de importancia, teniendo en cuenta que pacientes con madres o tías con hipertrofia mamaria o gigantomastia tienen una mayor prevalencia de esta patología. Además, puede haber una relación del peso de la paciente con su desarrollo hormonal.

Clínica

Las pacientes clínicamente pueden presentar alteraciones físicas o psicológicas. Dentro de las alteraciones físicas pueden encontrarse síntomas como cervico-dorsalgia, dolores crónicos en el cuello, espalda dorsal o lumbar que no mejora con tratamiento médico los cuales son secundarios al peso y a la carga mecánica de las mamas sobre los hombros de la paciente. En las alteraciones psicológicas se encuentran: estrés, cambios en la conducta, irritabilidad, depresión, ansiedad, angustia, entre otros. De forma llamativa, estas pacientes durante la anamnesis hacen referencia a la dificultad de encontrar una talla adecuada de brasier y en algunos casos la necesidad de mandarlos hacer por el gran volumen mamario.

En el examen físico puede presentar la marca de la tira del brasier sobre el hombro del paciente,

cambios de la piel a nivel intermamario o submamario caracterizado por eccemas crónicos de difícil tratamiento o intertrigos que generan gran discomfort para la paciente. Adicionalmente, alteraciones en la postura y posición de los hombros (Ver Figura 1).

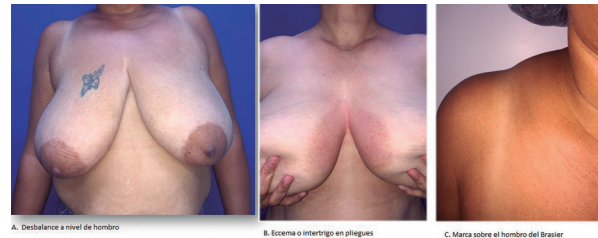


Figura 1. Signos clínicos en hipertrofia mamaria. A. Desbalance a nivel del hombro. B. Eccema o intertrigo en pliegues. C. Marca sobre el hombro del brasier

Fuente: Autor.

Se debe evaluar el tamaño de los pezones y la distancia entre la horquilla esternal y el complejo areola pezón, el cual tiene una medida normal entre 19 a 21 cm. Esta medida puede oscilar entre 31 a 36 cm en los casos de hipertrofia mamaria o gigantomastia. Otras medidas que se pueden tomar son la distancia del pezón al surco submamario, que debe ser en casos normales de 7cm. En este tipo de pacientes se pueden encontrar distancias hasta de 18 cm. La distancia del complejo a la línea media, en promedio es una línea de 11 cm.

Al evaluar el complejo areola pezón se debe tener en cuenta el tamaño, color, simetría, posición, altura y proyección. En promedio el complejo areola pezón debe estar ubicado a nivel del tercio medio del brazo, siguiendo una proporción anatómica normal. Dentro de la evaluación de estos pacientes es sumamente importante descartar patología maligna subyacente y de forma general se recomienda la mamografía desde los 40 años en adelante.

Tratamiento

Estos pacientes se deben manejar de forma multidisciplinaria, con especialidades como fisioterapia para evaluar la integridad del sistema osteomuscular o en algunos casos si esta especialidad ha realizado múltiples manejos médicos para cervico-dorsalgia secundaria a hipertrofia mamaria y no ha presentado mejoría clínica satisfactoria, debe considerarse esta pobre respuesta al tratamiento como criterio de manejo quirúrgico; también, endocrinología para descartar trastornos o síndromes hormonales, y si los presenta se realicen los respectivos estudios y

tratamiento. Y, por último, el servicio de nutrición, debido que un gran número de pacientes pueden presentar obesidad asociada y estas se correlaciona con el aumento de tejido fibroadiposo a nivel de las glándulas mamarias y además estas pacientes en sobrepeso es más difícil estimar el volumen final a resecar en cirugía. Además, en estas pacientes se debe determinar el grado de ptosis mamaria.

Uno de los ítems con un alto grado de dificultad a determinar es el volumen mamario a resecar, el cual se debe determinar con un análisis de cada paciente con respecto a su peso, estatura, edad, hábitos, deseos y expectativas.

Dentro del manejo quirúrgico es ampliamente utilizada la mamoplastia de reducción, la cual tiene como ejes principales la resección del tejido mamario excedente y la conservación del complejo areola-pezones y puede variar la técnica quirúrgica según su pedículo vascular. Dentro de las técnicas de mamoplastia de reducción más frecuentemente utilizadas se encuentra el patrón de T invertida con pedículo inferior. Para esta técnica quirúrgica se debe marcar la línea media, el eje mamario por el meridiano de la mama, tomar la distancia de la horquilla al complejo areola-pezones y el surco mamario y posteriormente realizar la marcación de la resección con técnica de T invertida (Ver Figura 2). Tener en cuenta que las técnicas de resección de piel pueden ser independientes, a las técnicas de pedículo que vamos a preservar.



Figura 2. Marcación de mamoplastia de reducción de pedículo inferior con patrón de T invertida.
Fuente: Autor.

Factores como el tipo de anestesia y el compresor neumático de miembros inferiores para reducir la ocurrencia de eventos tromboembólicos, pueden ayudar a disminuir la morbilidad. También se debe tener en cuenta que estas cirugías son prolongadas, con duración generalmente mayor a tres horas, por lo cual se debe contar con equipos quirúrgicos de acompañamiento, o equipos quirúrgicos simultáneos para optimizar el tiempo.

Posterior a la marcación, según la técnica de mamoplastia de reducción, se debe seguir los siguientes pasos (Ver Figura 3 y 4):

1. Desepitelización del pedículo que se va a utilizar para perfundir el complejo areola-pezones.
2. Tallado del pedículo vascular para separarlo del tejido mamario a resecar.
3. Resección del tejido mamario excedente de la región central, lateral y medial.
4. Tallado de colgajos de piel compuesto lateral y mediales, para lograr cobertura del colgajo mamario (complejo areola-pezones).
5. Cierre de colgajos en patrón de T invertida, preservando forma de la mama.
6. Exteriorización del complejo areola-pezones.
7. Cierre de incisiones.

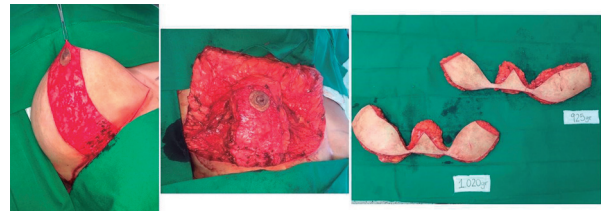


Figura 3. Desepitelización de pedículo vascular para complejo areola-pezones, resección del tejido mamario excedente de la región central, lateral y medial y tallado de colgajos lateral y mediales.
Fuente: Autor.

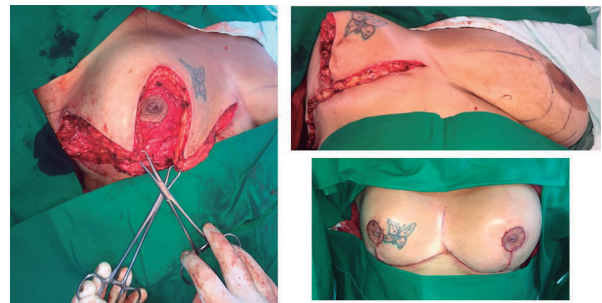


Figura 4. Cierre de colgajos en patrón de T invertida preservando forma de la mama.
Fuente: Autor.

En algunos casos habrá pacientes que deseen no tener glándula mamaria. Sin embargo, esta conducta no se debe realizar, por lo cual es sumamente importante explicar a las pacientes el objetivo de la cirugía, dado el valor fisiológico y anatómico de conservar este tejido.

Otro término el cual se debe mencionar es la gigantomastia juvenil o prepuberal, donde ocurre un desarrollo exagerado de la glándula mamaria durante el desarrollo sexual, es decir, entre los 11 a los 14 años; el cual es manejada con mamoplastia de reducción (Ver Figura 5).

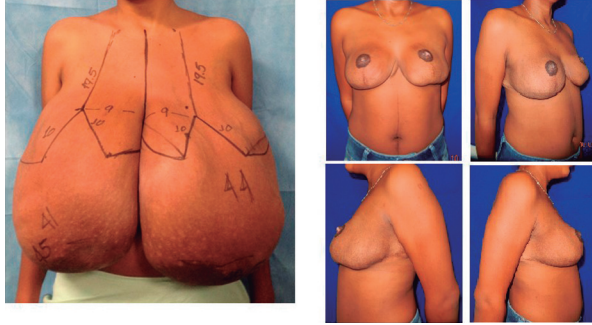


Figura 5. Fotos pre y post quirúrgica de paciente de 16 años con gigantomastia que requirió manejo quirúrgico con resección de 7000 gramos de tejido mamario.

Fuente: Autor.

Complicaciones

Las complicaciones más frecuentes en mamoplastia de reducción son dehiscencia de la herida, especialmente en el punto de máxima tensión del cierre en T invertida, hematoma, sangrado, necrosis parcial o total del complejo areola-pezones e infección.

Ginecomastia

Es la aparición de glándula mamaria anormalmente grande en los pacientes masculinos, debido al desarrollo fibroglandular o adiposo, con caída o no del complejo areola-pezones. En estos pacientes se debe estudiar un posible desequilibrio entre hormonas masculinas y femeninas, que puede estar relacionado con el consumo de medicamentos como hioscina y espirolactona, los cuales inhiben la testosterona, produciendo un predominio de estrógenos, que conlleva al aumento de la glándula. Sin embargo, más del 50% de las ginecomastias son idiopáticas. También se puede presentar en edades extremas de la vida, encontrando que casi el 70-75% de los adolescentes las desarrolla de forma transitoria, pues después de un año de desarrollo, estas involucionan. Por otra parte, en los pacientes mayores la disminución de testosterona provoca el desarrollo de la glándula.

En estos pacientes se debe realizar una buena historia clínica buscando enfermedades asociadas a la ginecomastia, además de realizar un perfil hormonal y endocrino, y mantener un seguimiento por mínimo 12 meses antes de proponer cualquier manejo quirúrgico. Los procedimientos para el manejo de la ginecomastia son en su mayoría mínimamente invasivos, como el uso de dispositivos asistidos por ultrasonido como VASER, o la liposucción para eliminar el total del tejido glandular

que tenga el paciente. En casos de botón mamario prominente se puede realizar un abordaje a través del complejo areola-pezones y realizar la resección del tejido mamario. Este tipo de procedimientos mejora considerablemente la calidad de vida de los pacientes (Ver Figura 6).

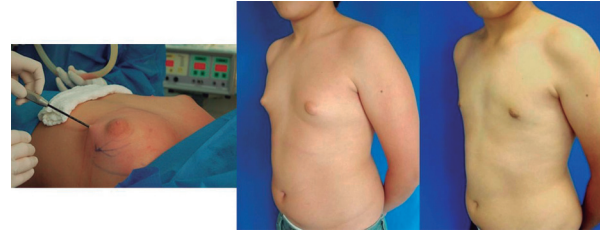


Figura 6. Paciente adulto con ginecomastia bilateral a quien se realizó manejo mínimamente invasivo con liposucción.

Fuente: Autor.

Mamas supernumerarias

La presencia de glándulas mamarias supernumerarias o pezones supernumerarios (politelia) generalmente se presenta a nivel de la línea mamaria, la cual va desde la axila a la ingle. La región axilar es el área corporal donde más frecuentemente se pueden presentar las glándulas supernumerarias, y estas deben diferenciarse de otras patologías como adenitis supurativa, adenopatías o lipomas, principalmente. Clínicamente se manifiestan por dolor que acompaña los cambios hormonales y el ciclo menstrual, siendo esta sintomatología en algunos casos incapacitante (Ver Figura 7).



Figura 7. Paciente adulta con mamas supernumerarias en región axilar bilateral.

Fuente: Autor.

Conclusiones

Las mamas siempre tendrán una connotación múltiple en los pacientes, ya sea sexual, alimentario o estético, factores que, junto con el conocimiento de las diferentes patologías, deben tenerse en cuenta al establecer el diagnóstico y en su tratamiento. Estos pacientes deben valorarse y manejarse de manera multidisciplinaria para optimizar resultados y mejorar su calidad de vida.

Referencias bibliográficas

1. Rahman GA, Adigun IA, Yusuf IF. Macromastia: a review of presentation and management. Niger Postgrad Med J. 2010;17(1):45-9.

2. Dancey A, Khan M, Dawson J, Peart F. Gigantomastia: a classification and review of the literature. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2008;61(5):493-502.
3. Hoppe IC, Patel PP, Singer-Granick CJ, Granick MS. Virginal mammary hypertrophy: a meta-analysis and treatment algorithm. Plast Reconstr Surg. 2011;127(6):2224-31.