

Técnica de Puckett en el tratamiento de mamas tuberosas con lipotransferencia complementaria

The Puckett Technique for Treating Tuberous Breasts with Complementary Lipotransfer

Raquel Rojas Bruzón^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-8374-0439>

Yulexis Hechavarría Jiménez¹ <https://orcid.org/0000-0002-6303-1029>

Luis Milanés Batista¹ <https://orcid.org/0000-0003-4954-5266>

Annarelis Pérez Pupo¹ <https://orcid.org/0000-0002-1496-325X>

¹Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín, Cuba.

*Autor para la correspondencia: bruzonhl@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La mama tuberosa es una anomalía congénita de la mama que se presenta en la pubertad y es relativamente frecuente.

Objetivo: El objetivo de este artículo es dar a conocer el resultado estético del tratamiento quirúrgico de esta afección con la técnica de Pukett sin incluir el implante mamario, con lipotransferencia complementaria.

Presentación del caso: Se presenta una paciente femenina, de 25 años de edad, con mama tuberosa grado 4. Se le realiza corrección con técnica de Pukett sin implantes mamarios y en su lugar se usa grasa autóloga. Luego de corregir las anomalías que conforman esta malformación se obtuvo una mama armoniosa sin complicaciones.

Conclusión: La técnica de Pukett combinada con lipotransferencia ofrece resultados estéticos y estables en el tratamiento de la mama tuberosa.

Palabras clave: anomalía congénita de la mama; mama tuberosa; cirugía de la mama.

ABSTRACT

Introduction: Tuberous breast is a congenital breast anomaly that presents at puberty and is relatively frequent.

Objective: The aim of this article is to report the aesthetic outcome after treating this condition surgically using the Puckett technique without breast implant, with complementary lipotransfer instead.

Case presentation: The is presented of a 25-year-old female patient with grade-4 tuberous breast. She is performed a correction using the Puckett technique without breast implants; autologous fat is used instead. After correcting the anomalies that make up this malformation, a harmonious breast was obtained without complications.

Conclusion: The Puckett technique combined with lipotransfer offers aesthetic and stable outcomes in the treatment of tuberous breast.

Keywords: congenital breast anomaly; tuberous breast; breast surgery.

Recibido: 05/07/2021

Aceptado: 03/08/2021

Introducción

La mamá tuberosa es una alteración en el desarrollo anatómico de la glándula mamaria. En la pubertad, cuando comienza su desarrollo, apreciamos una hipoplasia del polo inferior común en las adolescentes, pero a medida que se va superando la etapa puberal este polo inferior desciende, alcanzando el aspecto normal de la mama adulta. En la mama tuberosa este polo inferior no desciende debido a la formación de un anillo de constricción provocado por un engrosamiento de la fascia *superficialis*, en relación con el aparato ligamentoso de la mama. Este hecho provoca la deformidad típica conocida también como mamá tubular, mama constricta, mamá en nariz de Snoopy, etcétera, que consiste en: 1. hipoplasia del polo inferior lateral y o medial, siempre; 2. hiperplasia del polo superior, a veces; 3. aumento del tamaño de la areola, en muchas ocasiones; 4. déficit de piel sub-areolar y herniación areolar de la glándula mamaria en los grados más severos.⁽¹⁾

Existen diferentes grados en la aparición de esta deformidad. Las clasificaciones más conocidas son las de Grolleau en 1999, que establece 3 grados, y la de Von Heinburg en el 2000, que establece 4 grados; ambas hacen referencia a los 4 cuadrantes de la mama, clasificando los grados en función del cuadrante afectado de manera que: el grado I afecta al cuadrante ínfero-interno; el grado II al ínfero-interno y al ínfero-externo; el grado III a los cuadrantes inferiores de la mama, con déficit cutáneo en la región subareolar; y Von Heinburg resalta un grado IV en el que además de lo señalado en el tercero, existe un déficit de desarrollo en la base de implantación mamaria que es el causante de la herniación glandular a través de la areola.⁽¹⁾

La solución de esta deformidad mamaria, independientemente del grado en que aparezca, es siempre quirúrgica.⁽¹⁾

A pesar de las diferentes técnicas quirúrgicas propuestas para su corrección, la técnica de Pukett, citado por Muñoz de Olmo y Javier Oroz^(2,3) ha mantenido su vigencia. Aunque actualmente se prefiere por algunos autores el uso de tejido autólogo (grasa) en lugar de implantes mamarios.⁽⁴⁾

El trasplante de grasa autóloga es uno de los tratamientos estéticos más prometedores para el aumento de los tejidos blandos, dado que provoca mínimas cicatrices por incisión y no se asocia a las complicaciones propias de los materiales extraños.^(5,6)

El objetivo de este artículo es dar a conocer el resultado estético del tratamiento quirúrgico de esta afección con la técnica de Pukett sin incluir el implante mamario, con lipotransferencia complementaria.

Presentación del caso

Paciente femenina de 25 años de edad, color de la piel blanca, nulípara que acude a consulta solicitando corrección quirúrgica de sus mamas por deformidad de las mismas desde que comenzó su desarrollo.

Se examina la paciente y se diagnostica mamas tuberosas grado 4. Se indican exámenes complementarios preoperatorios, los cuales estuvieron dentro del rango normal y se da cita para el tratamiento quirúrgico.

En el quirófano se realiza el marcaje preoperatorio para la corrección del defecto congénito de la mama. La corrección del volumen se difiere para un segundo tiempo quirúrgico ya que se prefirió utilizar lipotransferencia y no implante mamario como describe la técnica original. Se realiza la demarcación con la paciente de pie, se marca el lugar correspondiente a neo surco submamario y dos círculos concéntricos que se encuentran alrededor de las areolas, uno para delimitar el tamaño normal de la areola y otro paralelo a ese que se corresponde con el ancho del estrechamiento causado por el anillo constrictor.

Previa asepsia y antisepsia con soluciones antisépticas, la paciente acostada y con paños de campo, procedemos a infiltrar anestésico local de lidocaína diluida al 20% con solución salina. Seguidamente se procede a desepidermizar la zona comprendida entre los círculos concéntricos para obtener una areola de 4 cm de diámetro. Se realiza una disección de la piel de ambos cuadrantes inferiores a través de la incisión periareolar. Se realiza la liberación de la mama de la fascia del pectoral y de la base de la mama, rompiéndose de esta forma el anillo constrictor. Se crea un colgajo glandular como libro abierto, a partir del polo inferior de la mama que se desdobra, exteriorizada a través de la incisión periareolar, el cual se extiende hacia el polo inferior de la mama. Esta técnica permite extender la mama hasta el nuevo surco submamario redistribuyéndola y aportándole una apariencia más natural a la misma (fig. 1).^(2,3)

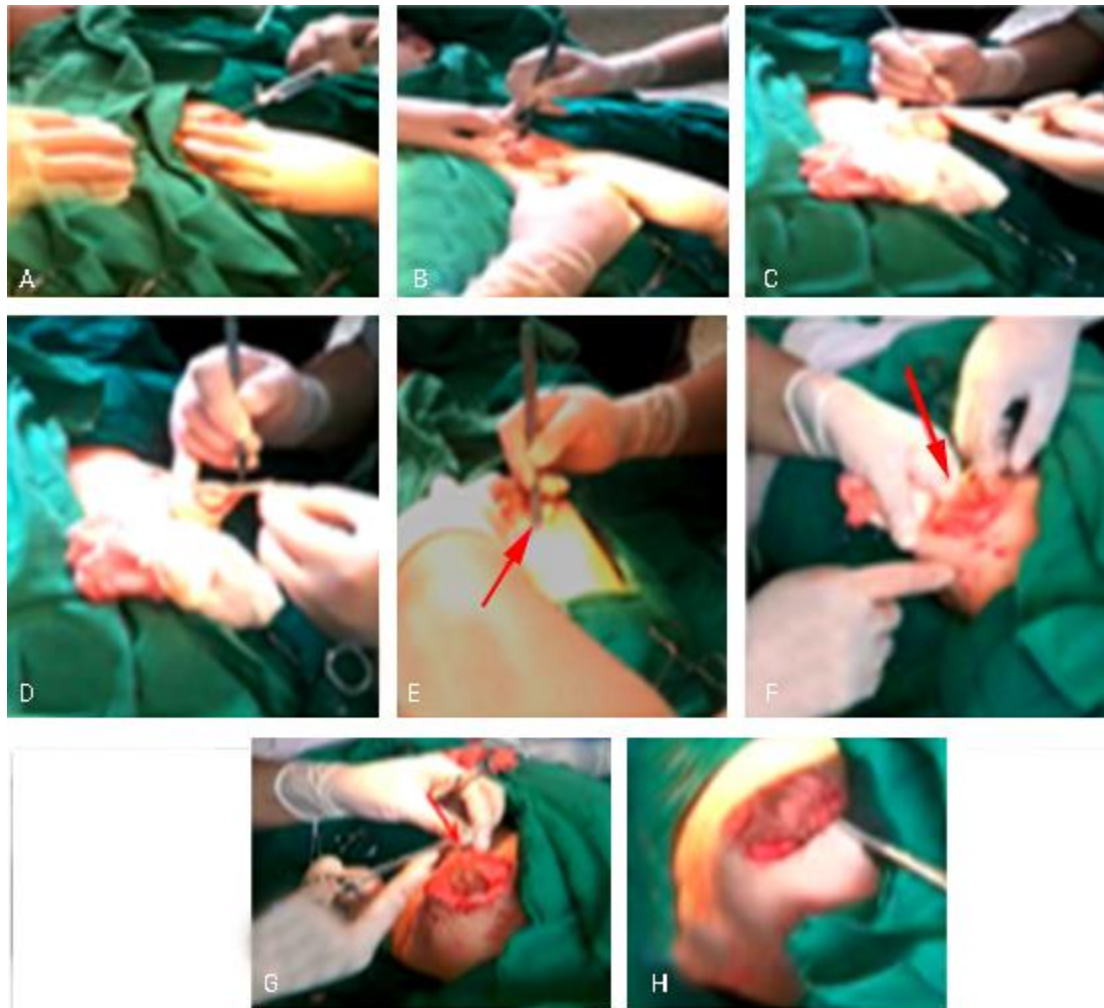


Fig. 1. Transoperatorio del primer tiempo quirúrgico. **A.** Infiltración anestésica. **B.** Incisión de los círculos concéntricos. **C y D.** Desepidermización de la piel que cubre el anillo constrictor. **E.** Separación de la piel de los cuadrantes inferiores. **F.** Liberación del polo inferior de la mama para crear colgajo en forma de libro abierto. **G.** Fijando al colgajo ya confeccionado en el nuevo surco mamario. **H.** Mama remodelada.

En un segundo tiempo quirúrgico, a los dos meses del primero se procede a planificar la infiltración de grasa en las nuevas mamas. Este proceder se planifico para este segundo tiempo con el objetivo de no agregar tensión en el primer tiempo sobre las suturas tanto internas como externas.

Bajo anestesia general, se realizan incisiones de 1 cm en región periumbilical y cuadrantes superior e inferior externos, se infiltra en hemiabdomen inferior y flancos 500 ml de solución de Klein para lipoaspiración bajo presión negativa con cánulas de 3 mm y jeringas de 60 ml

con técnica tumescente, se aspiran 400 ml de grasa, se decanta, se inyectan 200 ml de grasa en ambas mamas remodelando su contorno y se logra así una simetría (fig. 2).



Fig. 2. Posoperatorio inmediato luego de la lipotransferencia.

La paciente tiene una buena evolución clínica. Es dada de alta al día siguiente y se retiran los vendajes elásticos compresivos a los 5 días. Las equimosis postoperatorias se reabsorben paulatinamente y se logra un contorno agradable a la paciente con un mínimo de reabsorción grasa a los 3 años de evolución (fig. 3).



Fig. 3 A, B y C. Preoperatorio frente y perfil derecho e izquierdo. **D, E y F.** posoperatorio a las 24 horas, frente y perfil derecho e izquierdo. **G, H, I.** Posoperatorio a los 15 días, frente y perfil derecho e izquierdo. **J, K y L.** Evolutiva a los tres años de la lipotransferencia.

Discusión

La remodelación mamaria respecto a la corrección de las deformidades que acompañan a la mama tuberosa ha sido bien corregida con la técnica de Pukett. El contorno mamario es logrado en su totalidad al eliminar el anillo constrictor y hacerse una distribución equitativa del tejido mamario en los cuadrantes inferiores.

La otra cuestión a resolver en la mama tuberosa es el volumen mamario, el cual Pukett solventa con implantes mamarios en el mismo acto quirúrgico. Sin embargo, Cervilla Lozano⁽¹⁾ propone como técnica de elección para la corrección de la mama tuberosa el injerto de grasa autóloga.⁽¹⁾

En este aspecto estamos de acuerdo con este autor ya que a pesar de que con el implante mamario se obtiene el volumen que pretendemos, es mejor logrado el relleno de los cuadrantes inferiores de la mama con el injerto de grasa. Por otra parte, se evitan las cicatrices visibles dado que el injerto se introduce mediante punción-infiltración con cánulas finas. Así se obtiene una forma natural de las mamas.^(1,7)

Respeto al riesgo de procesos proliferativos secundarios a ser una mama sometida al tratamiento quirúrgico, refieren algunos autores que el injerto mamario de grasa autólogo (no enriquecido) y en mamas sanas, no tiene mayor incidencia en la aparición de cáncer de mama sobre cualquier otro tipo de procedimiento quirúrgico.⁽⁸⁾

El presente trabajo ofrece una alternativa para lograr aumento de volumen en una mama tuberosa sin recurrir a los implantes aloplásticos en la reconstrucción de la mama tuberosa con un mínimo de complicaciones.⁽⁴⁾

La evaluación periódica de los resultados a los 6 meses, al año y una última a los 3 mostraron buena permanencia de los resultados como se obtuvieron por otros autores.^(9,10)

Conclusiones

La técnica de Pukett, combinada con lipotransferencia, ofrece resultados estéticos y estables en el tratamiento de la mama tuberosa.

Referencias bibliográficas

1. Cevilla Lozano JM. Ventajas del implante graso autólogo sobre el implante aloplástico en la mama tuberosa. *Cir Plást Iberolatinoam*. 2020 Jul [acceso 20/12/2020];46(3):259-72. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v46n3/1989-2055-cpil-46-03-0273.pdf>
2. Muñoz De Olmo JL. Evaluación y tratamiento de la mama tuberosa. [Tesis Doctoral]. Barcelona: Universidad Internacional de Cataluña; 2014 [acceso 20/12/2020]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/385119/>
3. Oroz Torres J, Pelay Ruata M J, Escolan Gonzalvo N, Jordan E. Correction of Tuberous Breasts Using the Unfolded Subareolar Gland Flap. *Palomar Aesth Plast Surg*. 2014 [acceso 20/12/2020];38:692-703. PMID: 24902914. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00266-014-0340-4>
4. Innocenti A, Innocenti M, Mori F, Melita D, Ciancio F, Cordova A. Tuberous Breast. Past, Present, and Future: Personal Classification, Treatment, and Surgical Outcomes. *An Plastic Surg*. 2018 [acceso 20/12/2020];80(2):104-8. DOI: <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000001200>
5. Kyoung Jung H, Hun Kim CH, Yong Song S. Prospective 1-year follow-up study of breast augmentation by cell-assisted lipotransfer. *Aesthetic Surgery Journal*. 2016 [acceso 20/12/2020]; 36(2):179-90. DOI: <https://doi.org/10.1093/asj/sjv164>
6. Wang Y, Wu Y. Assessment of the clinical efficacy of cell-assisted lipotransfer and conventional fat graft: a meta-analysis based on case-control studies. *J Orthop Surg Res*. 2017 Oct [acceso 20/12/2020];12:155. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5649090/pdf/13018_2017_Article_645.p
7. Jones D H, Bacigalupi R, Beleznavy K. Aumento inyectable de tejidos blandos. 2018 [acceso 20/12/2020]. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/3-s2.0-B9788491133650001583.pdf?locale=es_ES&searchIndex=

8. Krastev TK, Jonasse Y, Kon M. Oncological Safety of autologous lipoaspirate grafting in breast cancer patients: a systematic review. *Ann Surg Oncol.* 2013 [acceso 20/12/2020];20:111-24. PMID: 22878615 DOI: <https://doi.org/10.1245/s10434-012-2565-2>
9. Guerrero Santos J. Uso y actualización de lipoinjertos en Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva. *Cir Plást Iberolatinoam.* 2013 [acceso 20/12/2020];39(Supl.1):[aprox. 5 pant.]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v39s1/original3.pdf>
10. Kato H, Mineda K, Eto H, Doi K, Kuno S, Kinoshita K, *et al.* Degeneration, regeneration, and cicatrization after fat grafting: dynamic total tissue remodeling during the first 3 months. *Plastic and Reconstructive Surgery.* 2014 [acceso 20/12/2020];133(3):303e-313e. Disponible en: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=24572875>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.