

Hipertrofia Mamaria Virginal. Mamoplastia Vertical

Dr. Jaime Antonio García Pérez ■

Resumen

Definición: Hipertrofia mamaria virginal: Aumento exagerado del tamaño de las mamas antes de la instauración de la menarquia. Habitualmente es bilateral, aunque también puede ser unilateral, considerándose entonces, como una asimetría mamaria. Puede ser de origen familiar, con herencia autosómica dominante. Hablamos de hipertrofia moderada entre 300-600 cc y de gigantomastia cuando es mayor de 1500 cc.

Diferentes nombres con los que se denomine la técnica: Mamoplastia reductora, reducción mamaria.

Indicaciones:

- Hipertrofia mamaria: hipertrofia juvenil virginal o hipertrofia grasa o falsa hipertrofia.
- Cuando las pacientes presentan síntomas de ocultación: encorvar la espalda y llevar los hombros hacia adelante para esconder sus mamas.
- Cuando las pacientes sienten limitaciones en su vida deportiva y social: no se desviste delante de los demás o rechazo de sus compañeros (lo cual dificulta su desarrollo emocional).

Método o descripción abreviada de la técnica:

- Mamoplastia de reducción con técnica vertical y pedículo superior según Lejour.
- Lipoaspiración asistida en algunos casos, algunas de las pacientes habían recibido tratamiento médico previo sin obtención de resultados significativos, salvo la probable detención del crecimiento en un caso de crecimiento explosivo.

Contraindicaciones de la técnica:

Dados los amplios márgenes de seguridad con que contamos hoy, no parece razonable el hacer esperar a estas pacientes hasta la terminación de su crecimiento para realizar el tratamiento.

Complicaciones:

- Menores: cicatriz patológica (cicatriz hipertrofia, queloide y retardo en la cicatrización), hematoma, sensibilidad disminuida en el pezón, alteración de la capacidad de lactación y persistencia de la asimetría.
- Complicaciones mayores: Liponecrosis. Necrosis parcial o total del complejo areola-pezón. Posibilidad de requerir un segundo tiempo quirúrgico tardío.

RESUMEN

La hipertrofia mamaria virginal¹ es una alteración del tamaño de la mama, característica de la adolescente, que se presenta como un crecimiento brusco y de forma exagerada, que afecta a toda la mama y que tiene como resultado unas mamas extremadamente grandes. Frecuentemente este desarrollo brusco precede a la instauración de la menarquia (primera regla), lo que hace suponer un origen hormonal.

El tratamiento hormonal y médico rara vez muestra efectividad, por lo que el tratamiento quirúrgico aparece como la única opción eficaz. Durante un periodo de 10 años hemos tratado a 28 pacientes adolescentes (13 a 19 años) con hipertrofia mamaria virginal, algunas de las cuales habían recibido tratamiento hormonal previo sin éxito, a las que hemos realizado mamoplastia de reducción vertical con un rango de reducción de 300 gr a 2600 gr. por mama, todas las intervenciones se han realizado con anestesia general siendo el tiempo quirúrgico medio de 130 minutos con una estancia hospitalaria de 24 horas.

Como complicaciones menores hemos tenido cicatriz patológica (7), hematoma (1), retardo en la cicatrización (2), no se nos han presentado complicaciones mayores.

Aunque se debe de considerar la alta posibilidad de requerir un segundo tiempo quirúrgico tardío, no ha sido necesario repetir la reducción en ninguna de las pacientes aunque no se descarta que tras futuros embarazos se haga necesario. La respuesta de las pacientes ha sido muy positiva mostrando el 100% satisfacción por el procedimiento realizado, mejoría de las molestias físicas, imagen corporal y confianza en sí mismas el 96% volvería a someterse a la intervención quirúrgica; 92% recomendó el procedimiento a otras pacientes.



Vista preoperatoria paciente de 13 años con hipertrofia virginal de 7 meses de evolución, en tratamiento previo con Danatrol sin resultado (BC) Postoperatorio 24 meses, tras mamoplastia vertical extirpando 2600mg. de mama derecha y 1600 mg de mama izquierda, y lipoaspiración asistida de 500 cc en cola de mama presentó hematoma en mama derecha al 10º día post. a consecuencia de un traumatismo.

...continuación

INTRODUCCIÓN

Se define como hipertrofia mamaria el desarrollo excesivo de la glándula mamaria. Habitualmente es bilateral, aunque también puede ser unilateral, considerándose entonces, como una asimetría mamaria. Puede ser de origen familiar, con herencia autosómica dominante. Es rara la hiperplasia bilateral extrema, llamada macromastia o gigantomastia. La mama normal tiene entre 250-300 cc. de volumen. Hablamos de hipertrofia moderada entre 300-600 cc y de gigantomastia cuando es mayor de 1500 cc.

En la adolescente se distinguen dos tipos de hipertrofia mamaria: La hipertrofia juvenil o virginal. La hipertrofia grasa o falsa hipertrofia.

La **hipertrofia juvenil** es una alteración del tamaño de la mama, característica de la adolescente, que se presenta como un crecimiento brusco y de forma exagerada, que afecta a toda la mama y que tiene como resultado unas mamas extremadamente grandes. Frecuentemente este desarrollo brusco precede a la ins-

tauración de la menarquia (primera regla), lo que hace suponer un origen hormonal.

La **hipertrofia mamaria grasa** se reconoce por presentarse en la adolescente obesa. La mama es de forma normal, pero con un volumen excesivo. A la exploración no es fácil diferenciarla de la hipertrofia virginal, salvo porque la consistencia es menor. El dato más importante para hacer un diagnóstico diferencial es la obesidad de la paciente. Hay que observar que las jóvenes obesas también pueden presentar una hipertrofia virginal. También debe hacerse el diagnóstico diferencial con los grandes tumores, como el Fibroadenoma Gigante Juvenil o Cistosarcoma Filoide Benigno.

Clínicamente ambos tipos de hipertrofia dan lugar a un gran tamaño de las mamas, en ocasiones, el tamaño mamario puede ser tan grande, que el sobrepeso puede repercutir sobre la columna cervical y dorsal, dando lugar a desviaciones de la misma, con cifosis, escoliosis, etc. A nivel de los hombros puede provocar deforma-

ciones, dolor y lesiones dérmicas por la presión de los tirantes del sujetador. El síntoma más común es la molestia que la lleva a encorvar la espalda y llevar los hombros hacia adelante para esconder sus mamas, actitud esta que a veces persiste después del tratamiento cuando este se realiza una vez terminado el crecimiento, limita su vida deportiva y social y no se desviste delante de los demás, todo lo cual puede causar alteraciones de tipo psicológico², condicionando la personalidad del adolescente en esta etapa de maduración.

La opción de tratamiento médico pasa por la administración simultánea de un progestágeno nor-esteroideo y a continuación un antiestrógeno, con la intención de detener ese crecimiento explosivo, y conseguir alguna reducción de tamaño, sin embargo los resultados obtenidos son muy limitados, y no exentos de efectos secundarios.

El tratamiento quirúrgico³, mamoplastia de reducción, lipoaspiración, se muestra la única opción eficaz de tratamiento, dada la edad de las pacientes toman especial importancia dos consideraciones, como el no haber terminado el crecimiento, lo cual hace probable la necesi-

dad de requerir un segundo tiempo quirúrgico tardío, y la posible alteración de la capacidad de lactación.

Durante un periodo de 10 años hemos tratado 28 pacientes adolescentes con edades comprendidas entre los 13 y los 19 años, con diferentes grados de hipertrofia virginal, a las que hemos realizado, mamoplastia de reducción con técnica vertical y pedículo superior según Lejour⁴, con lipoaspiración asistida en algunos casos, algunas de las pacientes habían recibido tratamiento médico previo sin obtención de resultados significativos, salvo la probable detención del crecimiento en un caso de crecimiento explosivo.

El periodo de seguimiento va de 6 meses a 5 años. Todas las intervenciones se realizaron con anestesia general siendo el tiempo quirúrgico medio de 130 minutos (mín. 90, máx. 150). El alta hospitalaria se produjo a las 24 horas en todos los casos, las pacientes se incorporaron a sus actividades (a excepción de las deportivas) entre los días 3º y 5º postoperatorios. Las complicaciones que se nos presentaron fueron menores e incluyeron 7 casos de cicatriz patológica entre las que consideramos la hipertrofia de la cicatriz que se trató con conducción



Paciente de 17 años con hipertrofia virginal moderada preoperatorio y postoperatorio 24 meses tras mamoplastia de reducción vertical de 680/720 mg.



Figura 3.
Paciente 16 años de edad con asimetría mamaria e hipertrofia mamaria bilateral, postoperatorio tras mamoplastia de reducción vertical extirpando 980 mg. de mama izquierda y 150 de derecha, Lipoaspiración de 100 cc por mama.



Figura 4.
Paciente de 17 años de edad con hipertrofia virginal vista 6 meses postoperatorio tras reducción mamaria vertical de 750 mg/ 760 mg.

de la cicatrización (5) y la alteración del polo inferior que requirió un procedimiento menor (2), un caso de hematoma tardío consecuencia de un traumatismo en el 9º día postoperatorio, dos casos de retardo en la cicatrización, y tres casos de persistencia asimetría moderada, en pacientes con asimetría severa previa. En el periodo de seguimiento no ha sido necesaria una segunda reducción mamaria en ninguno de los casos, aunque no se descarta que tras futuros embarazos o cambios importantes de peso se haga necesario, preguntadas las pacientes el 100% mostró satisfacción por el procedimiento realizado, refiriendo mejoría de las molestias físicas, imagen corporal y confianza en sí mismas, un 25% manifestó disgusto tolerable e inconformidad con las cicatrices resultantes, y el 20% refirió sensibilidad disminuida en el pezón, sin ser causa de queja. El 96% volvería a someterse a la intervención quirúrgica; 92% recomendó el procedimiento a otras pacientes ■



autor

Dr. Jaime Antonio García Pérez

Especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora
Práctica Privada
Hospital Virgen del Mar, Ctra. del Mamí Km 1
04120 Almería
E-mail: jaime185@secpre.org

CONCLUSIONES

La mamoplastia de reducción vertical se muestra como un tratamiento muy efectivo en la hipertrofia virginal, consiguiendo mamas de aspecto muy natural, al ser una técnica repetible con seguridad⁵, atenúa la preocupación por la persistencia del crecimiento; en la sociedad occidental actual, la imagen corporal es motivo principal de preocupación, una adolescente con un crecimiento excesivo de mamas con frecuencia sufre limitaciones en su actividad diaria propia de la edad, como actividades deportivas, lúdicas etc. Esto a veces va acompañado del rechazo de sus compañeros lo cual dificulta el desarrollo emocional de la paciente, por lo que dado los amplios márgenes de seguridad con que contamos hoy, no parece razonable el hacer esperar a estas pacientes hasta la terminación de su crecimiento para realizar el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- 1.- Uribe Barreto A. Juvenile Mammary hypertrophy. *Plast Reconstr Surg* 1991. 87: 5003.
- 2.- Goin M K, Goin J M, Grianini M H. The Psychic consequences of a reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1977, 59: 530 539.
- 3.- EvansGR, Ryan JJ. Reduction Mammoplasty for the tennage patient: aA critical análisis. *Aesthetic Plast. Surg* 1994, 18: 291.
- 4.- Lejour,M., *Vertical Mammoplasty and Liposuction*. Sta Louis: Quality Medical Publusing, 1994.
- 5.- García Pérez J A . Mamoplastia vertical eliminando irregularidades del polo inferior: cuando y como. I congreso internacional de cirugía plástica estética AECEP SOFCEP. Barcelona 2003.