

# Tratamiento de la Asimetría Mamaria

Dr. Pedro Arquero ■

## Resumen

### 1. Definición y diferentes nombres con los que se denomina la técnica.

- **ASIMETRÍA MAMARIA:** Puede ser de origen congénito o adquirido, presentarse en múltiples grados y afectar al tamaño, a la forma o a la posición de las mamas. Sólo llega a ser un verdadero problema cuando la diferencia es muy manifiesta y lo es hasta tal punto que provoca, en quien lo padece, una verdadera distorsión en la percepción de su cuerpo y en su feminidad, sobre todo en la adolescencia.
- **Mamas TUBEROSAS:** alteración de la forma de las mamas (como un tubérculo) que normalmente cursa con asimetría e hipotrofia mamaria, con hipertrofia de la areola y estenosis cutánea periareolar.
- **SÍNDROME DE POLAND:** agenesia unilateral de la glándula mamaria (no llega a formarse o se desarrolla mínimamente) y en ocasiones puede llegar a faltar el músculo pectoral.
- **MASTECTOMÍA:** resección parcial o total de la glándula mamaria.

### 2. Indicaciones de la técnica.

- Asimetrías de la forma, tamaño o posición de las mamas.
- Estéticas: Mejorar el aspecto estético de los pechos aumentando asimétricamente su volumen.
- Síndrome de Poland.
- Mamas Tuberosas asimétricas.
- Alteraciones torácicas: asimetrías torácicas, pectum excavatum o carinatum.
- Secuelas o defectos provocados por cirugía oncológica, cicatrices, tumores, quemaduras, etc.

### 3. Contraindicaciones de la técnica.

- Infección o inflamación de la zona.
- Enfermedades autoinmunes y del colágeno.

### 4. Método o descripción abreviada de la técnica.

- La corrección de la asimetría mamaria puede requerir la combinación de diferentes técnicas de tratamiento: aumento, reducción, elevación o reconstrucción de las mamas.
- Normalmente se necesitan varias aplicaciones.

### 5. Complicaciones más frecuentes.

- Hematoma, seroma e infección.
- Alteraciones de la cicatriz.
- Alteraciones de la sensibilidad.
- Pérdida parcial o total de la areola y pezón.
- Contractura capsular en los implantes mamarios

El cuerpo humano, como el de todos los vertebrados, posee una simetría bilateral característica (simetría axial o vertical), que consiste en que una parte del cuerpo se corresponde con la contralateral, es decir, que la parte izquierda del cuerpo es semejante a la derecha. Pero esta simetría no es completa puesto que presenta órganos asimétricos, como el corazón o el hígado e, incluso entre las partes correspondientes, como las manos o los dos lados del rostro, no existe una simetría perfecta.

Esto es particularmente evidente si dividimos una fotografía de un rostro en dos mitades con una línea vertical. Al repetir cada una de las mitades de manera especular y juntarlas podremos comprobar que el nuevo rostro formado por la unión de las mitades del lado izquierdo se parece poco o muy poco al formado por la repetición de los dos lados derechos. De la misma manera existe un lado predominante, normalmente el derecho (el izquierdo en zurdos), que es de mayor tamaño que el no dominante, detalle fácilmente comprobable si ponemos juntas nuestras propias manos y comparamos sus tamaños.

## LA ASIMETRÍA MAMARIA

La asimetría entre los dos lados del cuerpo es absolutamente normal y convivimos con ella sin apenas percibirlo. En las mamas esto es todavía más evidente de manera que suele decirse que ninguna mujer tiene los dos pechos iguales.

Sin embargo, cuando la diferencia entre los dos pechos es muy manifiesta puede llegar a ser un verdadero problema y lo es hasta tal punto que provoca, en quien lo padece, una verdadera distorsión en la percepción de su cuerpo (alteración del esquema corporal) y en su feminidad, sobre todo en la adolescencia.

La asimetría mamaria puede ser de origen congénito o adquirido, presentarse en múltiples grados y afectar al tamaño, a la forma o a la posición de las mamas.



Fig. 1.A.  
Grados de asimetría mamaria de tamaño. Mínima: 28 años, asimetría de tamaño y posición del surco; no es necesario corregir; prótesis de 120-120.

Las asimetrías importantes no son excesivamente frecuentes por lo que pocas pacientes acuden a nosotros únicamente por esta causa.

En los casos leves, lo normal es que deseen un aumento, una reducción o levantar los senos (Mastopexia) y que seamos nosotros quienes hagamos el diagnóstico, determinando el grado de asimetría, e intentemos corregirla con unas prótesis de diferente volumen o una reducción asimétrica del tamaño.

Encontramos asimetría mamaria en pacientes con:

- Alteraciones de la columna vertebral y torácicas: con frecuencia las alteraciones de la columna vertebral (cifosis y escoliosis) y del tórax (pectus excavatum y en quilla) ocasionan asimetrías mamarias aparentes o incrementan las reales. La forma del tórax es dada por la columna vertebral y por la parrilla costal y

equivale, respecto a las mamas, a los cimientos de un edificio. Su posición, por tanto, determinará la de las mamas.

- En las mamas tuberosas: alteración de la forma de las mamas (como un tubérculo) que normalmente cursa con asimetría e hipotrofia mamaria, con hipertrofia de la areola y estenosis cutánea periareolar.
- En el Síndrome de Poland, que consiste, normalmente, en una agenesia unilateral de la glándula mamaria (no llega a formarse o se desarrolla mínimamente) y en ocasiones puede llegar a faltar el músculo pectoral.
- En aquellas pacientes que en su infancia sufrieron quemaduras, infecciones, cirugías o traumatismos en el botón mamario (que alterarán su desarrollo posterior).
- En pacientes sometidas a cualquier tipo de mastectomía.



Fig. 1.B.  
Grados de asimetría mamaria de tamaño. Moderada: 25 años, asimetría de tamaño, posición del surco y CAP; prótesis de 240-275.



Fig. 1.C.

Grados de asimetría mamaria de tamaño. Importante: 18 años, asimetría severa que compensamos mediante una prótesis de 140 y reducción de la mama contralateral.

...continuación

### TRATAMIENTO

La corrección de la asimetría mamaria importante (Fig 1C) puede llegar a necesitar realizar un aumento mamario en una mama y la reducción de la contralateral siendo, probablemente, una de las operaciones de

mama más complejas por la diferente evolución de cada uno de los tratamientos.

Las asimetrías moderadas (Fig 1B) pueden ser compensadas mediante la utilización de prótesis de diferente volumen y proyección o la confección de bolsillos asimétricos. En las leves no es recomendable intentar su



Fig. 2.

Leve asimetría mamaria en paciente portadora de una deformidad característica que recibe el nombre de mamas tuberosas. Para su tratamiento suele ser necesaria la colocación de prótesis, la retirada de un anillo de piel alrededor de la areola y el modelado de la glándula. La cicatriz resultante se limita a el contorno de la areola o periareolar.



Fig. 3.

Alteraciones del tórax. 23 años. Pectus excavatum asimétrico con hundimiento de la parrilla costal derecha y portadora de prótesis de Aceite de soja de 160-120 vía submamaria. Retiramos por la misma incisión dichas prótesis colocando en el plano submuscular otras de silicona 350 perfil alto y 275 perfil bajo.

corrección (Fig 1A).

Las pacientes que sufren alteraciones de la forma de los pechos, como es el caso de las mamas tuberosas (Fig 2) presentan con frecuencia un mayor o menor grado de asimetría mamaria y su tratamiento, normalmente, exige la colocación de prótesis, retirar el exceso de piel alrededor de la areola y realizar una plastia de la glándula mamaria.

Alteraciones de la columna vertebral y torácicas (Fig 3): Para su equilibrio, además de los procedimientos antes expuestos, también podemos recurrir a la formación del surco inframamario de manera asimétrica o a la modificación del emplazamiento de la prótesis de tal manera que visualmente disimule la alteración.

La reconstrucción mamaria (Fig 4) tiene como finalidad crear un nuevo volumen, y si es necesario, areola, pezón o corregir la depresión de la axila. Los métodos de

reconstrucción de la mama más frecuentes son la colocación de prótesis con expansión previa de los tejidos o sin expansión.

Un expansor tisular consiste en una bolsa hinchable de silicona que lleva una válvula por donde inyectamos periódicamente suero fisiológico hasta obtener la expansión de los tejidos (Fig 4B). La expansión de piel equivale, para entenderlo mejor, a un embarazo localizado gracias al cual obtenemos un excedente cutáneo que utilizaremos para reconstruir la mama.

Otras técnicas se basan en colgajos miocutáneos o grasos del abdomen o de la región dorsal.



Fig. 4.

A.

B.

C.

Reconstrucción de mama después de una mastectomía radical modificada. A: antes de la mastectomía. B: con el expansor lleno. C: tras el cambio del expansor por la prótesis definitiva y reconstrucción de la areola y el pezón.

## COMPLICACIONES

Después de la intervención es normal un ligero aumento de la temperatura, molestias en la espalda, hormigueo en las manos y en los pies e, incluso, pérdida de fuerza en los brazos o las manos. Dolor en el pecho de intensidad variable. Pequeño sangrado o secreción serosanguinolenta en las primeras 48 h. Aparición de edema que va disminuyendo progresivamente hasta la sexta semana en la que ya se considera que debe de ser mínimo.

Los riesgos posibles más importantes son los propios de toda intervención: hematoma, seroma, infección, apertura de la herida, alteraciones de la cicatriz, etc., así como los característicos de cada técnica.

En las técnicas que requieren manipulación de la glándula (reducción, elevación, exéresis) los riesgos específicos más importantes de la mama y del complejo areola-pezones son la pérdida parcial o total de la areola, del pezón o cutánea. Mientras que la complicación más característica de los implantes y de los expansores es la contractura capsular. Otras comunes son las alteraciones neurológicas como parestesia, prurito, dolor, anestesia temporal o definitiva, paresia y parálisis temporal o definitiva ■



**Dr. Pedro Arquero**

Especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora

Centro de Trabajo: Clínica Ruber de Madrid  
Dirección de contacto: Clínica Dr. Arquero  
C/ Don Ramón de la Cruz, 33 - 1º Derecha  
28001 Madrid  
Tfno.: 91 309 29 06 // 91 309 35 26  
E-mail: arquero@clinicaarquero.com  
www.clinicaarquero.com

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sanders R. Frequently unrecognized causes of breast asymmetry. *Plast Reconstr Surg.* 2004 Jan;113(1):448.
2. Onesti MG, Mezzana P, Martano A, Scuderi N. Breast asymmetry: a new vision of this malformation. *Acta Chir Plast.* 2004;46(1):8-11.
3. Grolleau JL, Lanfrey E, Lavigne B, Chavoïn JP, Costagliola M. Breast base anomalies: treatment strategy for tuberous breasts, minor deformities, and asymmetry. *Plast Reconstr Surg.* 1999,Dec;104(7):2040-8.
4. DeLuca-Pytell DM, Piazza RC, Holding JC, Snyder N, Hunsicker LM, Phillips LG. The incidence of tuberous breast deformity in asymmetric and symmetric mammoplasty patients. *Plast Reconstr Surg.* 2005 Dec;116(7):1894-9.
5. Bricout N. Chest morphology and breast augmentation. *Ann Chir Plast Esthet.* 2005 Oct;50(5):441-50. Epub 2005 Sep 21.
6. Henriksen TF, Fryzek JP, Holmich LR, McLaughlin JK, Krag C, Karlsen R, Kjoller K, Olsen JH, Friis S. Reconstructive breast implantation after mastectomy for breast cancer: clinical outcomes in a nationwide prospective cohort study. *Arch Surg.* 2005 Dec;140(12):1152-9.