

Mama tuberosa: análisis de nuestra experiencia

Tuberous breast: analysis of our experience

Dr. Ernesto Moretti¹, Dra. Micaela Clerici², Dr. Sebastián Corona³,
Dr. Facundo Cáceres³, Dr. César Cordero³, Dra. Bianca Moretti⁴

RESUMEN

La mama tuberosa es una malformación caracterizada por base mamaria contraída y herniación glandular, con impacto estético y psicológico. Su diagnóstico suele hacerse durante consultas por mamoplastia. La clasificación de Grolleau (tipos I-III) guía el tratamiento quirúrgico. Este trabajo evalúa prevalencia, clasificación y resultados quirúrgicos en pacientes de nuestro centro. Se analizaron pacientes intervenidas de mamoplastia de aumento entre noviembre de 2019 y noviembre de 2024 en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Privado de Rosario. Se incluyeron casos con criterios de mama tuberosa según Grolleau. La técnica quirúrgica incluyó incisión en surco submamario o por incisión periareolar inferior, liberación del anillo de constricción, colocación de implantes redondos en biplano (subpectoral mayor y subfascial en el tercio inferior de la glándula mamaria). En casos seleccionados se redujo la areola con round block.

Resultados: De 240 pacientes que presentaron criterios de inclusión, 28 presentaron mama tuberosa (11,7%). El 78,6% tuvo compromiso bilateral y 21,4% unilateral. En bilateralidad, 63,6% fueron simétricas y 36,4% asimétricas. En unilateralidad predominó el tipo I (50%). En bilateralidad simétrica, el tipo I fue el más frecuente (71,4%), seguido de tipo II (21,4%) y III (7,2%). En asimétricas, se observaron combinaciones I+II (75%) y III+I (25%). El 53,6% de las pacientes tenían entre 25 y 29 años al momento de realizarse el procedimiento quirúrgico.

Conclusión: La mama tuberosa se presentó en 11,7% de las pacientes candidatas a mamoplastia, con predominio bilateral tipo I. El diagnóstico adecuado es esencial para planificar la cirugía y evitar resultados insatisfactorios. La técnica utilizada permite una corrección segura y estética, resaltando la importancia de protocolos estandarizados y experiencia quirúrgica para optimizar resultados.

Palabras clave: mama tuberosa, deformidad congénita, mamoplastia, implantes, cirugía plástica.

ABSTRACT

Tuberous breast is a malformation characterized by a contracted breast base and glandular herniation, with aesthetic and psychological impact. Its diagnosis is usually made during mammoplasty consultations. The Grolleau classification (types I-III) guides surgical treatment. This study evaluates prevalence, classification, and surgical outcomes in patients at our center. Patients who underwent breast augmentation between November 2019 and November 2024 at the Plastic Surgery Department of the Hospital Privado de Rosario were analyzed. Cases meeting Grolleau criteria for tuberous breast were included. The surgical technique included an incision in the inframammary fold or a lower periareolar incision, release of the constricting ring, and placement of round implants in a bi-plane configuration (subpectoralis major and subfascial in the lower third of the mammary gland). In selected cases, the areola was reduced with a round block.

Results: Of 240 patients met the criteria; Twenty-eight patients presented with tuberous breasts (11.7%). 78.6% had bilateral involvement and 21.4% unilateral. In bilateral cases, 63.6% were symmetrical and 36.4% asymmetrical. Type I predominated in unilateral cases (50%). In symmetrical bilateral cases, type I was the most frequent (71.4%), followed by type II (21.4%) and type III (7.2%). In asymmetrical cases, combinations of types I and II (75%) and III and I (25%) were observed. Most patients were between 25 and 29 years old (53.6%).

Conclusion: Tuberous breasts were present in 11.7% of patients eligible for mammoplasty, with type I being the predominant bilateral presentation. Accurate diagnosis is essential for surgical planning and avoiding unsatisfactory results. The technique used allows for safe and aesthetic correction, highlighting the importance of standardized protocols and surgical experience to optimize results.

Keywords: tuberous breast, congenital deformity, mammoplasty, implants, plastic surgery.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(1):011-022. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202601/0011-0022](https://doi.org/10.32825/RACP/202601/0011-0022)

INTRODUCCIÓN

La mama tuberosa es una afección que habitualmente se diagnostica en la consulta médica, ante la planifica-

ción de una mamoplastia, sin que la paciente lo manifieste o acuda a consulta por esto. Es fundamental realizar el diagnóstico y un abordaje quirúrgico específico para que el resultado quirúrgico sea satisfactorio. De

1. Cirujano Plástico, Jefe del Servicio de Cirugía Plástica Hospital Privado Rosario. Profesor Titular de la Cátedra de Anatomía I y II, Facultad de Medicina, Universidad Abierta Interamericana (UAI), Sede Rosario, Argentina
2. Médico Residente del Servicio de Cirugía Plástica Hospital Privado Rosario. Docente de la Cátedra de Anatomía I y II, Facultad de Medicina, UAI, Sede Rosario, Argentina
3. Médico Residente del Servicio de Cirugía Plástica Hospital Privado Rosario, Argentina
4. Médico Residente del Servicio de Cirugía General Hospital Privado Rosario. Docente de la Cátedra de Anatomía I y II, Facultad de Medicina, UAI, Sede Rosario, Argentina

Lugar de realización: Hospital Privado Rosario, Roca 2440, Rosario, Argentina. Cátedra de Anatomía Humana I y II, Facultad de Medicina, UAI, sede Rosario, Argentina.

✉ **Correspondencia:** Dr. Ernesto Moretti. doctormorettiuniversidad@gmail.com

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 17/11/2025 | Aceptado: 18/12/2025

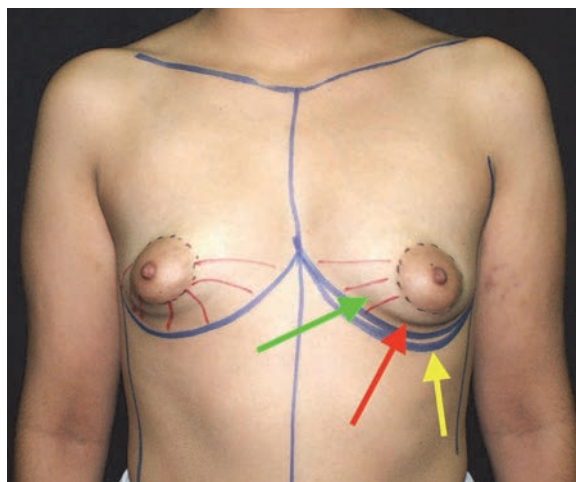


Foto 1. Paciente de 28 años con mama tuberosa grado II bilateral. Flecha amarilla: marcación del neosurco. Flecha roja: anillo constrictor de la mama tuberosa. Flecha verde: marcación de liberación de la mama para expandir el polo inferior.

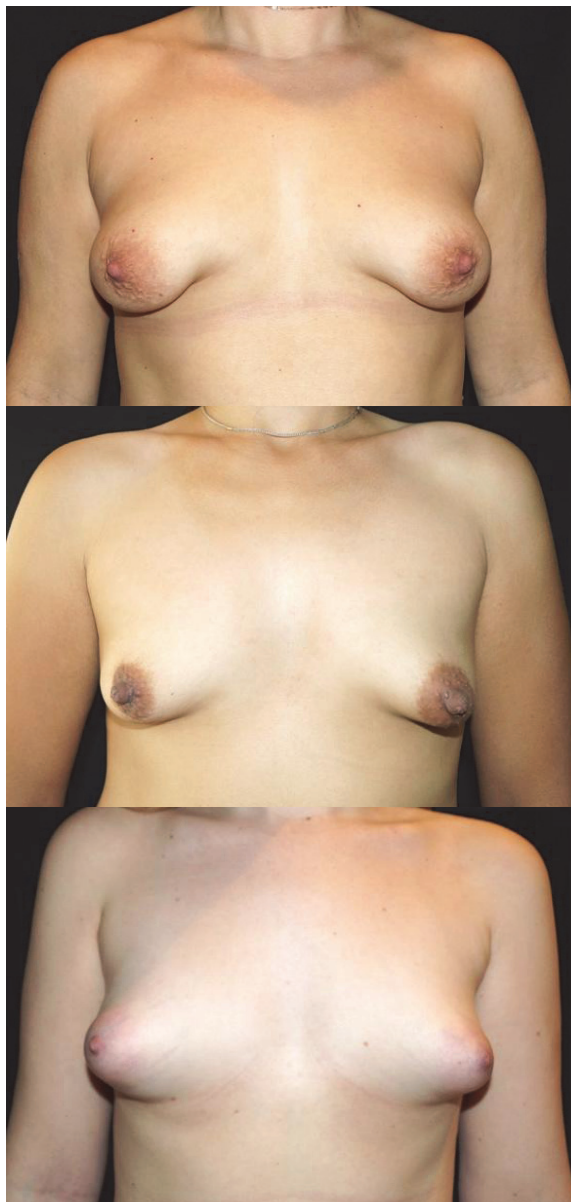


Fotos 2, 3 y 4. Paciente de 26 años que presenta mama tuberosa izquierda grado II. Imagen intraoperatoria donde se observa el expansor transitorio (diseño personal: expansor sin válvula con tubuladura amplia de 3,3 mm en su interior y 5,5 mm en el exterior, lo cual facilita el llenado). Procedimiento finalizado con la colocación del implante definitivo.

hecho, esta malformación empezó a tenerse en cuenta debido a que cirujanos con experiencia referían que ciertas configuraciones anatómicas de la mama poseen dificultad a la hora de su corrección quirúrgica y provocan resultados poco predecibles¹.

Esta patología es estudiada por muchos autores y posee diferentes grados de deformidad. Varios han creado sus propias clasificaciones, pero la mayoría de los expertos utilizan la clasificación creada por Grolleau et al.² (clasificación en 3 tipos) que toma como referencia la clasificación de von Heimbrug et al.³ pero unifica los tipos II y III de dicha clasificación como tipo II al ser muy similares entre sí. Esto hace que sea una de las más sencillas y entendibles, y permite indicar rápidamente cuál es la técnica quirúrgica recomendable para cada grado.

Usualmente, las pacientes que se presentan en la consulta desconocen que poseen esta deformidad y simplemente desean tener las mamas más estéticas y/o simé-

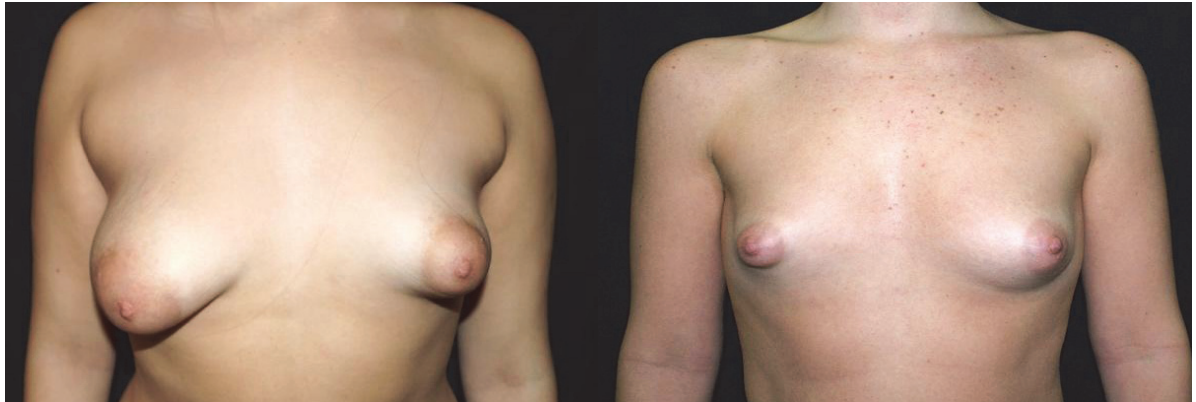


Fotos 5, 6 y 7. Mamas tuberosas bilaterales simétricas. Foto 5: Tipo I. Foto 6: Tipo II. Foto 7: Tipo III.

tricas. Es habitual que la consulta se dé a raíz de que las pacientes no se sientan cómodas consigo mismas, afectadas física y psicológicamente, y deseen consultar a un cirujano plástico⁴.

La prevalencia de esta patología no es tan conocida, ya que, como fue mencionado anteriormente, la forma de presentación es muy variable. Klinger et al. demostraron que el 48,5% (194 pacientes)⁴ de aquellas que consultaban para mamoplastia presentaban mama tuberosa, aunque en su estudio incluían a pacientes con hipertrofas mamarias. Además, destacaron que notaron un aumento en la incidencia en los últimos años⁵.

En nuestro trabajo nos proponemos estudiar la prevalencia, estandarizar la forma de realizar diagnóstico y evaluar resultados obtenidos con el objetivo de transmitir nuestra experiencia en el manejo de esta malformación.



Fotos 8 y 9. Mamas tuberosas bilaterales asimétricas.
Foto 8: Tipo I + Tipo II. Foto 9: Tipo I + Tipo III.

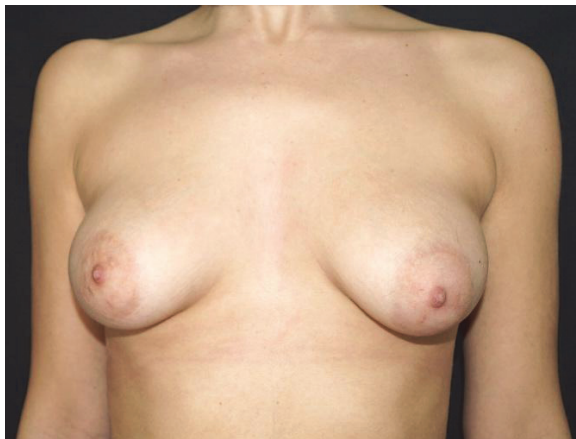


Foto 10. Mama tuberosa unilateral. Mama derecha Tipo I; mama izquierda normal.



Foto 11. Mama tuberosa unilateral. Mama derecha Tipo II; mama izquierda normal.



Foto 12. Mama tuberosa unilateral. Mama derecha Tipo III; mama izquierda normal.

ANATOMÍA Y CLASIFICACIÓN

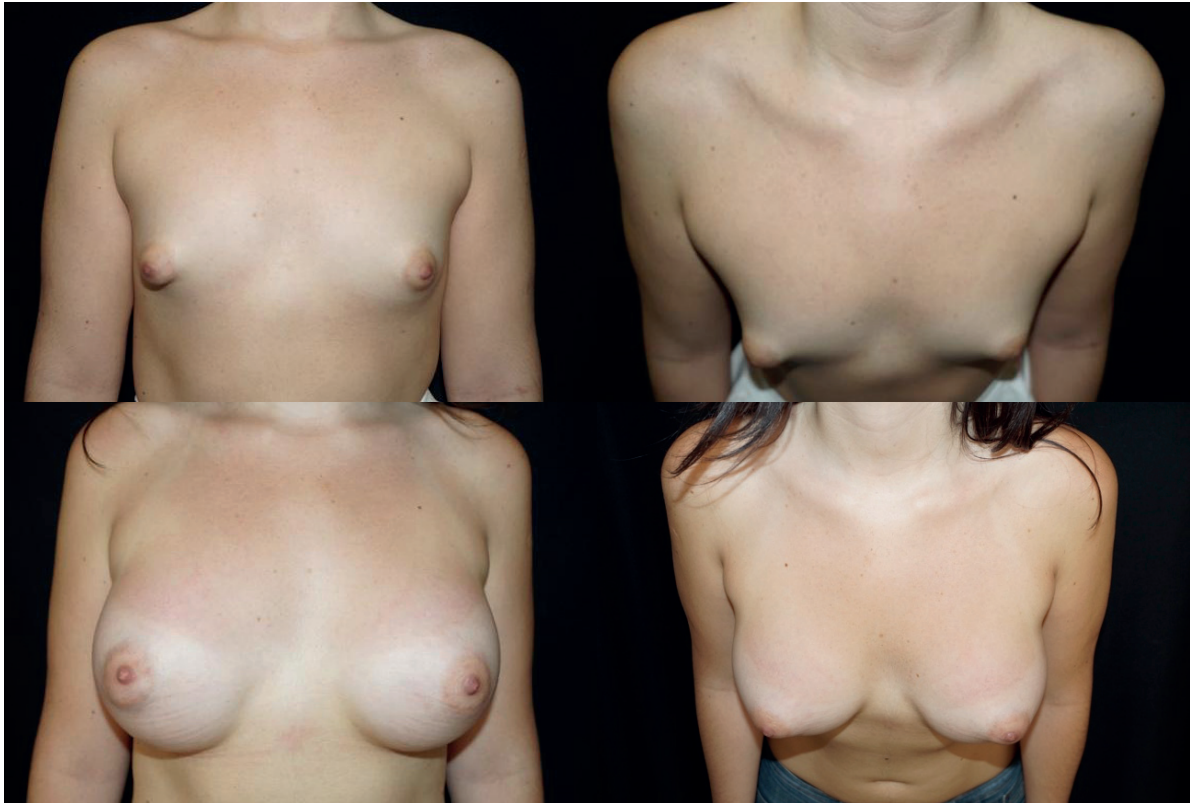
La mama tuberosa es descrita por primera vez en 1976 por Rees & Aston¹. Ellos informan sobre esta anom-

lía porque comenzaron a notar un aumento en los reportes de complicaciones y resultados poco predecibles en algunas configuraciones mamarias complejas. Esta deformidad se describe como difícil de tratar y su nombre proviene de la similitud con la raíz de un tubérculo.

Es fundamental conocer la anatomía normal de la mama, la disposición de la glándula mamaria (*glándula mamaria, TA*), el tejido subcutáneo, su relación con los músculos pectoral mayor (*m. pectoralis major, TA*) y pectoral menor (*m. pectoralis minor, TA*)⁶ así como la extensión o *foot print*, para poder comprender e identificar las malformaciones como la presencia de mama tuberosa.

Su etiología es desconocida hasta la fecha, pero algunos autores⁷ sospechan que es debida a la formación de un anillo fibroso en la periferia del complejo areola-pezones que no permite el desarrollo normal de la mama. También se ha podido observar que puede haber una relación genética⁸.

Los estigmas permiten dividir la alteración en 2 tipos anatómicos:



Fotos 13, 14, 15 y 16. Paciente de 31 años con mamas tuberosas simétricas Tipo I. Abordaje por surco submamario e implantes simétricos subpectorales. Control postoperatorio a los 3 meses.

1. Deficiencia de ambas dimensiones verticales y horizontales, produciendo una base concéntrica pequeña dando una mama con forma de tubérculo con un complejo areola y pezón grande con herniación del tejido mamario.
2. Una mayor deficiencia en la dimensión vertical que en la horizontal. Se describe como ptótica con el pezón apuntando hacia abajo, pero sin herniación aparente del complejo.

Existen múltiples clasificaciones. Grolleau et al.² en 1999, basándose en la clasificación de von Heimbürg, propone clasificar la mama tuberosa en 3 tipos, y es la clasificación utilizada en nuestro servicio.

- Tipo I: Deficiencia del cuadrante inferior medial. Sin importar el volumen mamario, el ángulo inferior medial en forma de S itálica y su lado contralateral parece mayor en comparación.
- Tipo II: Ambos cuadrantes inferiores son deficientes. La areola apunta hacia abajo y el segmento cutáneo subareolar es corto.
- Tipo III: Los 4 cuadrantes son deficientes y la base mamaria esta contraída horizontal y verticalmente. En formas típicas, la mama tiene la forma característica de un tubérculo, pero la glándula puede llegar a estar tan poco desarrollada que aparenta una hipoplasia severa y se hace evidente cuando la mama contralateral es típicamente tuberosa.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio tipo descriptivo de corte temporal tipo transversal, cuantitativo, observacional y retrospectivo. Se evaluaron 240 pacientes intervenidas de mamoplastia en el período comprendido entre noviembre del 2019 y noviembre del 2024 (5 años) en el Hospital Privado de Rosario. Las mismas fueron evaluadas retrospectivamente con registro fotográfico, incluyendo en el trabajo aquellas que tuvieran criterios para mama tuberosa según clasificación de Grolleau. Se evaluó técnica quirúrgica aplicada y la fotografía postoperatoria.

Existen múltiples técnicas quirúrgicas posibles, incluso variaciones entre la resolución quirúrgica de los diferentes tipos de mamas tuberosa⁹. La intervención comienza con la marcación de la paciente (**Foto 1**), que se realiza de pie, considerando el nuevo surco submamario que se planifica a 6 cm del borde areolar inferior o evaluado con el surco contralateral y la sexta costilla, línea media, línea clavicular, horquilla esternal. Además, se identifica el anillo constrictor y la zona que se va a radiar con incisiones internas para expandir el polo inferior mamario.

Siempre se realiza en primera instancia infiltración local con solución de Klein modificada (solución fisiológica NaCl 9% 300 cc, xilocaína con epinefrina 2%, ácido tranexámico 500 mg y 1 ampolla de adrenalina 1:1000) junto a la anestesia general. La incisión,



Fotos 17, 18, 19 y 20. Paciente de 25 años con mamas tuberosas simétricas Tipo I. Abordaje periareolar inferior con implantes simétricos subpectoriales. Control postoperatorio a los 2 meses.

en caso de no requerir cambiar la altura del complejo areola-pezones por tratarse de una mama ptósica, se ejecuta por el surco submamario. Esta además nos permite corregir la altura del surco submamario.

En algunos casos, debido a la hiperproyección de la areola o a diferencias de tamaño, el abordaje se realiza por vía periareolar inferior. Diseccionamos por planos hasta llegar a la fascia del músculo pectoral mayor y continuamos superiormente hasta alcanzar el nivel del complejo areola-pezones. Desde este punto continuamos la disección por detrás de la glándula, sobre la fascia del pectoral mayor hasta llegar a la altura del complejo areola-pezones donde se comienza a conformar un bolsillo subpectoral mayor. Por lo tanto, el bolsillo programado es biplanar.

Exteriorizamos la mitad inferior de la glándula a través de la incisión, y realizamos tres a cinco incisiones radiales, con lo que rompemos el anillo de constricción y creamos varios pilares glandulares. Esta técnica nos permitirá extender la glándula redistribuyéndola y permitiendo que se expanda sobre el implante, para lograr una forma más natural de la mama. Con el objeto de controlar esta radiación y completa liberación del anillo se coloca un expansor sin válvula de diseño personal (*sizer*)^{9,10} que permite evaluar estos cortes del anillo fibroso (también permite evaluar la posición del neosurco submamario creado (Fotos 2, 3 y 4).

Una vez finalizada la expansión intraoperatoria y evaluada la sección completa del anillo interno, se coloca el implante definitivo. La simetría y la ubicación del implante se logra al colocar previamente el expansor, disminuyendo el error al elegir el tamaño del implante. Se termina el procedimiento creando un nuevo surco evaluando la altura y la distancia del mismo al complejo areola-pezones con el contralateral con sutura irreabsorbible 3-0 de poliéster trenzado (Ethibond 3.0). Estos puntos se anclan al periostio costal. En caso de pacientes con megaareola, se realiza una resección periareolar y se corrige con *round block*; de esta manera, no solo reducimos la areola sin invadir el tejido mamario, sino que además genera una compresión sobre los tejidos que mejora el resultado. El *round block* se realiza con prolene 4.0. No colocamos drenajes rutinariamente. Se realiza cierre por planos con poliglecaprone (Monocryl 3.0 y 4.0). Se realiza curación compresiva y se coloca faja. La externación con frecuencia es entre 8 a 12 hs.

RESULTADOS

Se estudiaron 240 casos de pacientes que consultaron por mamoplastia de aumento, que serán analizados a continuación. En cuanto a la frecuencia de presentación, de las 240 pacientes que han consultado por mamoplastia de aumento, 28 presentaron mama tubero-

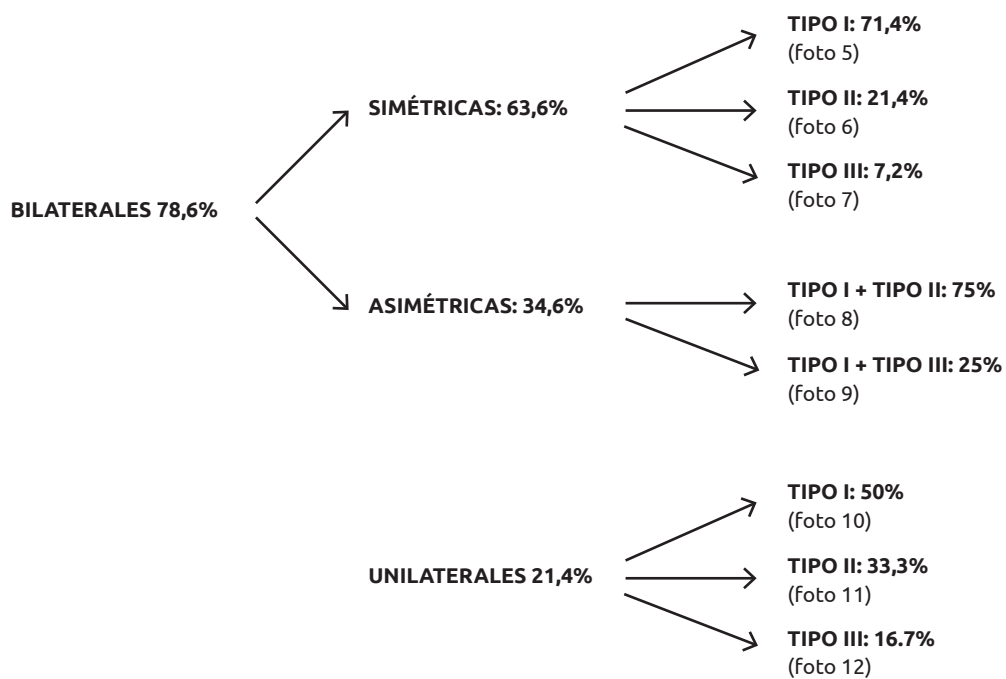
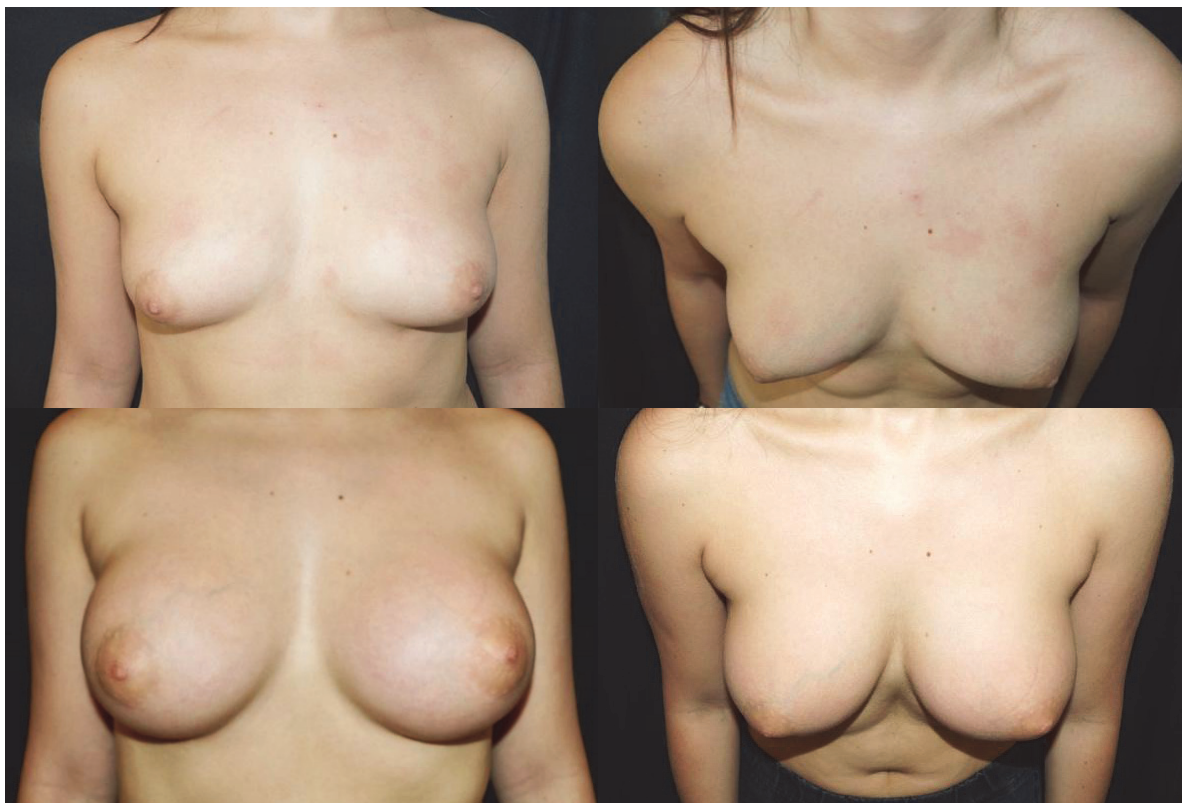


Gráfico. Resultados obtenidos. Período de la muestra: 5 años (2019-2024)

Mastoplastias de aumento: 240 pacientes.

Mamas tuberosas: 28 pacientes (11,7%).



Fotos 21, 22, 23 y 24. Paciente de 27 años con mamas tuberosas simétricas Tipo I. Abordaje por surco submamario, implantes simétricos subfasciales. Control postoperatorio a los 6 meses.



Fotos 25, 26, 27 y 28. Paciente de 28 años con mamas tuberosas simétricas Tipo II. Abordaje periareolar inferior e implantes simétricos subpectorales. Control postoperatorio a los 3 meses.

sa. Esto equivale al 11,7% del total de las que consultan por mamoplastia de aumento. De esas 28, 22 presentaron mama tuberosa bilateral (78,6%) y 8 mama tuberosa unilateral (21,4%).

En el caso de la mama tuberosa bilateral, se debe destacar que puede ser simétrica o asimétrica, según presente el mismo o diferentes tipos de deformidad de acuerdo con la clasificación de Grolleau. Se registraron 14 casos de presentación simétrica, correspondiente al 63,6%, y 8 casos de asimetría, que representan el 36,4% del total. En 24 casos (85%) los implantes se colocaron en un doble plano (submuscular pectoral en ambos polos superiores y subfascial en los polos inferiores).

En la mama tuberosa bilateral simétrica, sobre los 14 casos, 10 presentaron el tipo I, es decir el 71,4% (Foto 5); 3 casos, el tipo II (21,4%) (Foto 6); y 1 caso, el tipo III, que representa el 7,2% (Foto 7). Con mama tuberosa bilateral asimétrica se registraron 8 casos. Los más frecuentes fueron los tipos I+II, con 6 casos (75%) (Foto 8); y 2 casos con los tipos III+I, correspondientes al 25% (Foto 9). No se presentaron casos con los tipos II+III.

Al momento de analizar a las pacientes que se le diagnosticó mama tuberosa, los resultados mostraron que el grupo etario con mayor frecuencia corresponde al rango de edad de 25 a 29 años, con un 53,6% del total de la muestra analizada.

En cuanto la clasificación de Grolleau para la mama tuberosa unilateral, de los 6 casos, el tipo más frecuen-

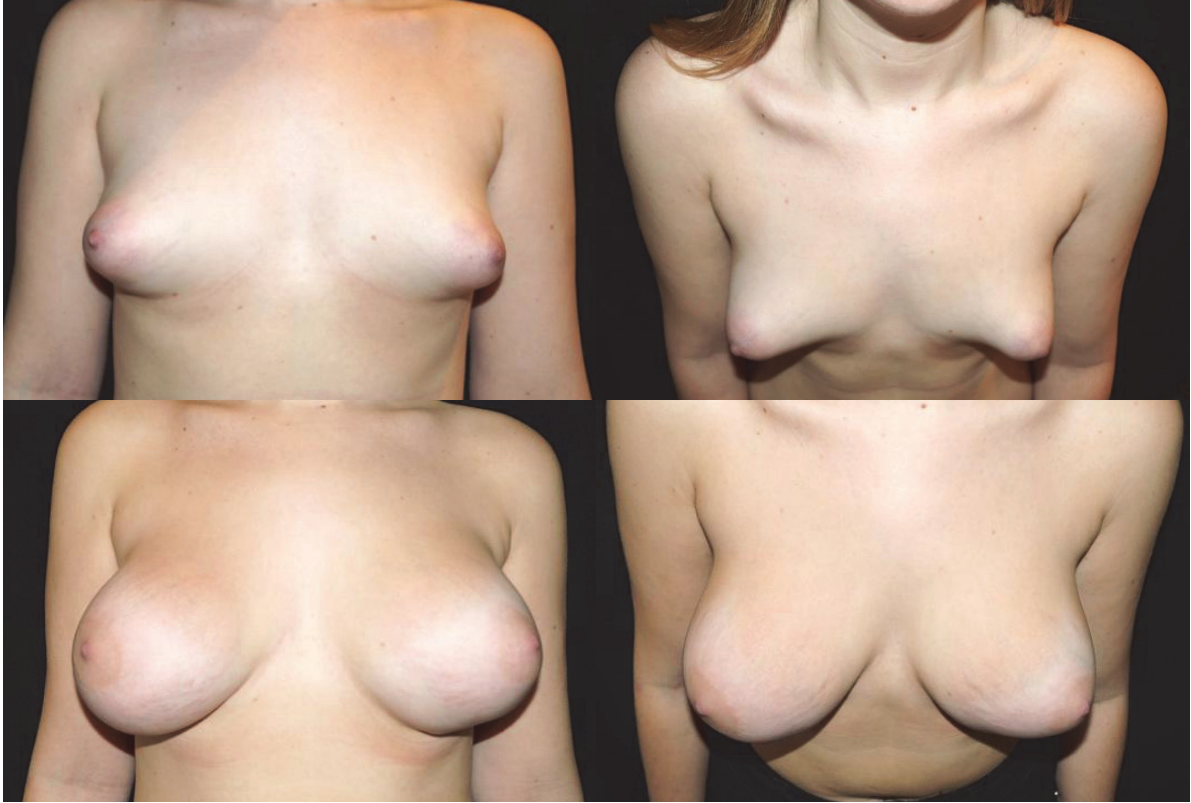
te fue el tipo I con 3 casos (50%) (Foto 10); le siguió tipo II con 2 casos (33,3%) (Foto 11), y el menos frecuente, el tipo III con 1 solo caso (16,7%) (Foto 12).

En cuanto a los resultados postoperatorios, podemos observar (incluso de inmediato) la corrección total de la restricción del polo inferior del tejido mamario, el reposicionamiento del surco y la restitución del tamaño del complejo areola-pezones con la consecuente simetrización en casos asimétricos.

El control se realizó a los 5 días de postoperatorio, a los 10 días y al mes. En 10 pacientes pudimos evaluar un postoperatorio más alejado (entre 6 y 18 meses) donde se observaba la mama sin estigmas de la malformación. Ninguna paciente presentó complicaciones postoperatorias inmediatas. Entre las complicaciones tardías es de notar que en algunas oportunidades en los cuadrantes inferomediales se han producido estrías. Su aparición se debe a la expansión intraoperatoria brusca. Tres de las pacientes amamantaron posterior a la cirugía sin inconvenientes. Los resultados han sido muy satisfactorios y en la consulta se ha observado conformidad completa por parte de las pacientes.

DISCUSIÓN

La mama tuberosa es una deformidad congénita del desarrollo mamario que ha sido objeto de estudio desde su descripción por Rees & Aston¹ en 1976, sobre



Fotos 29, 30, 31 y 32. Paciente de 25 años con mamas tuberosas simétricas Tipo III. Abordaje surco submamario con colocación de implantes subfasciales. Control postoperatorio a los 6 meses. Notar la presencia de estrías en los cuadrantes inferomediales debido a la expansión brusca intraoperatoria.



Fotos 33, 34, 35 y 36. Paciente de 29 años con mamas tuberosas bilaterales asimétricas Tipo II derecha y Tipo I izquierda. Abordaje periareolar round block e implantes asimétricos subpectoriales. Control postoperatorio a los 2 meses.



Fotos 37, 38, 39 y 40. Paciente de 24 años con mamas tuberosas bilaterales asimétricas Tipo III derecha y Tipo I izquierda. Abordaje periareolar inferior e implantes asimétricos subpectoriales. Control postoperatorio a los 3 meses.

todo debido a la complejidad de su tratamiento. Sin embargo, su incidencia y frecuencia no son objeto de investigación en muchos trabajos y más aún en nuestra población. Además, varían ampliamente según los distintos estudios y metodologías empleadas para su diagnóstico y tratamiento en probable relación con esto último.

La comparación de los resultados con los de otros estudios se torna dificultosa, ya que se evaluaron 41 trabajos de los últimos 48 años sobre el tema y no se hallaron publicaciones que abarquen la temática de esta forma.

Para este estudio se utilizó la clasificación de Grolleau debido a su simplicidad y amplia aceptación entre cirujanos plásticos. Esta clasificación permite diferenciar claramente los grados de deformidad y facilita la selección de la técnica quirúrgica más adecuada. En estudios previos ha demostrado ser confiable y reproducible y tiene la ventaja de que permite establecer comparaciones con otras investigaciones de manera más precisa.

En forma comparativa, nuestra investigación y casuística obtenida en 28 pacientes con mamas tuberosas coincide con la mayoría de la literatura mundial: Tipo I en un 62%, Tipo II en un 28% y Tipo III en un 10%. Con respecto al compromiso unilateral o bilateral, el trabajo de Mandrekas y Zambacos¹² menciona que en el 86% de los casos la presentación es bilateral y solo en el 13,6% es unilateral. El trabajo original de Grolleau

et al.² informa que en el 81% de las pacientes la afectación era bilateral. En nuestro estudio se encontró que la frecuencia de bilateralidad es de 78,6% y la unilateral es del 21,4%. Estos valores no presentan diferencias significativas desde el punto de vista estadístico con los trabajos publicados por otros autores.

Grolleau et al.² comparan los tipos de afectación por cada mama y expresan la simetría o asimetría: en el 40,5% la presentación fue simétrica y en el 59,5%, asimétrica; esto difiere de lo obtenido en nuestro estudio, en el que la simetría era del 63,6% y la asimetría correspondía al 36,4%.

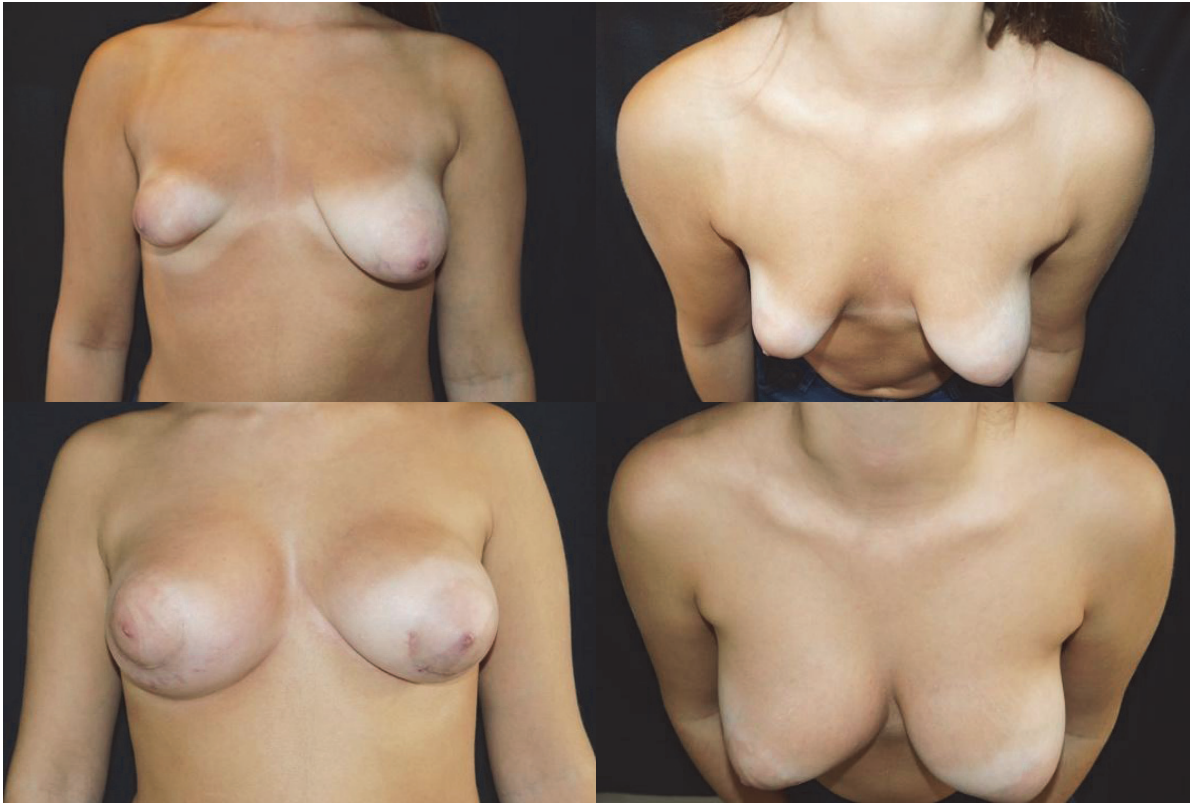
Con respecto a la prevalencia de la mama tuberosa, es importante comentar que no hay estudios al respecto en los últimos 5 años. El único trabajo publicado sobre este tema fue realizado en 2016 por Klinger et al.⁵, donde mencionan que sobre un grupo de pacientes que consultaron sobre aumento mamario primario, el 48,5% mostraba alguna característica de mama tuberosa, y la base contraída fue la presentación más frecuente. En este análisis, discrepamos de ese autor y concluimos que la mama tuberosa se presentó en el 11,7% (28 de 240 casos) de las pacientes que consultaban por mamoplastia de aumento. Esta disparidad podría explicarse por diferencias en la selección de la muestra, los criterios diagnósticos empleados o el origen geográfico de la población estudiada. Además, el estudio de Klinger incluyó pacientes con diversas cirugías mamarias, mientras que en este trabajo se analizan



Fotos 41, 42, 43 y 44. Paciente de 28 años con mama tuberosa unilateral (Tipo I derecha). Abordaje periareolar superior e implantes asimétricos subpectorales. Control postoperatorio a los 2 meses. Nótese la presencia de estrías en los cuadrantes inferomediales debido a la expansión brusca intraoperatoria.



Fotos 45, 46, 47 y 48. Paciente de 30 años con mama tuberosa unilateral (Tipo II izquierda). Abordaje periareolar round block y colocación de implantes asimétricos subfasciales. Control postoperatorio a los 6 meses.



Fotos 49, 50, 51 y 52. Paciente de 23 años con mama tuberosa unilateral Tipo III derecha. Abordaje periareolar inferior con colocación de implantes asimétricos subfasciales. Control postoperatorio a los 6 meses.

exclusivamente pacientes con indicación de mamoplastia de aumento, lo que podría generar un sesgo en los resultados.

En cuanto a la técnica quirúrgica, la simple colocación de un implante detrás de la mama malformada puede generar un defecto mayor, ya que se marca el nivel hasta donde llega la glándula por su surco más alto, dando como resultado el signo de doble burbuja, o se marca aún más el anillo constrictor. Diferentes autores han propuesto técnicas diversas para la corrección de esta malformación. Algunos utilizan técnicas simples y tradicionales, con secciones radiadas de la mama¹¹⁻¹³, incluyendo o no la utilización de implantes anatómicos; otros en ocasiones acuden a técnicas más complejas, secciones menos tradicionales, e incluso colgajos de tejido mamario para corrección de volumen¹⁴.

En nuestro caso, consideramos que la técnica seleccionada debe ofrecer la posibilidad de corrección de la malformación, con la menor complejidad, disminuyendo así las complicaciones posibles. Lo fundamental en términos generales es realizar sección de la banda de constricción, lo que mejora en muchos casos la herniación del tejido glandular, en combinación con la corrección quirúrgica de la areola cuando sea necesario y el descenso del surco mamario. El uso de expansores intraoperatorios diseñados permite la ubicación correcta del implante cuando los surcos son asimétricos. Además, permite controlar la sección del anillo de constricción disminuyendo las complicaciones o ma-

los resultados. El abordaje para la cirugía ha de ser elegido en base a cada caso particular, proyección de los complejos, tendencia a la ptosis o ubicación del neosurco proyectado. Lo mismo ocurre con la ubicación submuscular pectoral o subfascial. En nuestra experiencia hemos empleado de preferencia la ubicación del implante en biplano (subpectoral superior y subfascial inferior) con buenos resultados. El motivo de elección de dicho plano es una mejor presión del implante sobre el nuevo surco submamario, disminución de la posibilidad de contractura capsular y disminución de la proyección del polo superior por compresión muscular. Además, permite un mejor control mamográfico a largo plazo. Así todo, cada cirujano se debe basar en su experiencia previa, así como la planificación con el objeto de llegar al mejor resultado posible.

CONCLUSIÓN

La mama tuberosa es una deformidad con una frecuencia relativamente alta en las pacientes que consultan por mamoplastia de aumento (11,7%). El tipo bilateral simétrico es el más frecuente. En nuestro ambiente se observó que, en cada mama tuberosa, el tipo I es el más frecuente con el 62%. Con estos datos podemos evidenciar que, con su frecuencia alta, el menor grado de deformidad es el más frecuente.

Es fundamental en la consulta advertir la presencia de esta característica, para planificar correctamente la ci-

rugía y poner en conocimiento a la paciente. De modo contrario puede fracasar la cirugía, ya sea por falta de corrección o por decepción por parte de la paciente. Finalmente, es fundamental tener las herramientas quirúrgicas para poder resolver la cirugía de la mejor

manera. El uso de expansores intraoperatorios evita la elección apresurada del implante, logrando disminuir la asimetría, así como también permite un mayor control sobre el anillo constructor de esta malformación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rees TD, Aston SJ. *The Tuberous Breast*. *Clin. Plast. Surg.* 1976 April;3(2):339-47. doi: 10.1016/S0094-1298(20)30232-7.
2. 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. doi: 10.1097/00006534199912000-00014.
3. Von Heimburg D, Exner K, Kruff S, Lemperle G. *The tuberous breast deformity: classification and treatment*. *Br. J. Plast. Surg.* 1996 Sep;49(6):339-45. doi: 10.1016/s0007-1226(96)90000-4.
4. Donnenfeld JI, Nuzzi LC, McNamara CT, White AG, Labow BI. *The Impact of Tuberous Breast on Adolescents: A Cross-sectional Study*. *Plast. Reconstr. Surg. Glob. Open.* 2024 Jan;12(1):e5530 doi: 10.1097/GOX.0000000000005530.
5. Klinger M, Caviglioli F, Giannasi S, Bandi V, Banzatti B, Veronesi A, et al. *The Prevalence of Tuberous/Constricted Breast Deformity in Population and in Breast Augmentation and Reduction Mammoplasty Patients*. *Aesthetic Plast. Surg.* 2016 Aug;40(4):492-6. doi: 10.1007/s00266-016-0650-9.
6. *International Federation of Associations of Anatomist, Federative Committee of anatomical Technology, Sociedad Anatómica Española. Terminología Anatómica*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Médica Panamericana; 2001.
7. Mandrekas AD, Zambacos GJ, Anastasopoulos A, Hapsas D, Lambriaki N, Ioannidou-Mouzaka L. *Aesthetic reconstruction of the tuberous breast deformity*. *Plast. Reconstr. Surg.* 2003 Sep;112(4):1099-109. doi: 10.1097/01.PRS.0000076502.37081.28.
8. Dessy LA, De Santo L, Onesti MG, Fallico N, Mazzocchi M. *Tuberous breast and predisposition to breast deformity in consanguineous*. *Breast J.* 2017 May;24(1):51-4. doi: 10.1111/tbj.12834.
9. Moretti E. *Uso de expansores tisulares a modo de soporte cutáneo. Presentación de un nuevo dispositivo*. *Cir. Plast. Ibero-latinoam.* Vol 41 – n1 pag 21-32, 2015.
10. Moretti E. *Breast Reconstruction - Conceptual Evolution. Capítulo: Toracoabdominal Flaps for Breast Reconstruction: Different Types and classification*. Editorial: D01: 10.5772/intechopen.112912. Londres, Inglaterra. 2023.
11. Di Pietro, c. *Mama tuberosa: clasificación y alternativas quirúrgicas en los últimos años*. *Revista Argentina De Cirugía Plástica* 2018;24(2):88-94. DOI/10.32825/RACP/201802/0088-0094.
12. Mandrekas AD, Zambacos GJ. *Aesthetic reconstruction of the tuberous breast deformity: a 10-year experience*. *Aesthet. Surg. J.* 2010 Sep;30(5):680-92. doi: 10.1177/1090820X10383397.
13. Oroz Torres J. *Reconstrucción de la mama tuberosa*. *Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora Hospital Virgen del Camino. An. Sist. Sanit. Navar.* 2005 Vol. 28, Suplemento 2.
14. Palacin Casal, J.M.. *Mamoplastia transversal en mamas tuberosas*. *Cir. Plást. Ibero-latinoam.* 2011, vol.37, n.3 [citado 2025-08-24], pp.205-214. doi: 10.4321/S0376-78922011000300001.