

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA GINECOMASTIA. NUESTRA EXPERIENCIA INSTITUCIONAL

Gabriela M. Godoy,* Víctor V. García, ** Guillermina P.
Eidenson*

RESUMEN

Introducción

La ginecomastia es la patología mamaria benigna más frecuente, evidenciándose en distintas etapas de la vida; en la mayoría de los casos, regresa en forma espontánea o por tratamiento médico; sin embargo, un porcentaje no despreciable requiere tratamiento quirúrgico, que debe realizarse de acuerdo con las características de la glándula mamaria y su entorno adiposo.

Material y método

En este trabajo realizamos una revisión retrospectiva de los 47 pacientes masculinos evaluados por ginecomastia en el Hospital Naval Puerto Belgrano entre junio de 2000 y junio de 2014 inclusive, de los cuales se operaron 32. Las variables consideradas fueron: edad, ubicación de la lesión, etiología, grado según la clasificación de Simon, forma de presentación, histología y complicaciones postoperatorias. Se realizó adenomastectomía simple sin liposucción.

Resultados

Se intervinieron 32 pacientes con un rango de edad de 15-77 años y un promedio de 38,9 años; la ubicación fue mayoritariamente unilateral (65,62%); la bilateralidad fue del 34,37% (11 pacientes). Las causas fueron múltiples, predominando la persistencia de la ginecomastia puberal y la secundaria a medicación crónica.

* Sección Patología Mamaria, Servicio de Cirugía General, Hospital Naval Puerto Belgrano, Punta Alta, Buenos Aires.

** Servicio Ginecología, Clínica La Pequeña Familia, Junín, Buenos Aires.
Correo electrónico de contacto: draggodoy@live.com.ar

La mayoría correspondió al Grado I y IIA de Simon, y las complicaciones postoperatorias estuvieron acorde a la literatura: seroma en un 10% (5 pacientes) y hematoma en un 4,34% (2 pacientes).

Conclusiones

El tratamiento quirúrgico de la ginecomastia solo debe realizarse después de un extenso estudio del paciente para determinar su etiología y el fracaso del tratamiento médico, y debe tener como objetivo lograr un aspecto normal del tórax masculino, con la menor cicatriz posible, disminuyendo el impacto en la calidad de vida que tiene una mama feminoide en un adulto joven.

Palabras clave

GINECOMASTIA. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO. MAMA MASCULINA.

SUMMARY

Introduction

Gynecomastia is the most common benign breast disease, and it is evident at different stages of life. In the vast majority, it returns spontaneously or as a result of medical treatment. However, a significant percentage requires surgical treatment to be performed according to the characteristics of the mammary gland and its adipose environment.

Materials and method

In this work, we conducted a retrospective review of 47 male patients evaluated for gynecomastia in the Hospital Naval Puerto Belgrano between June 2000 and June 2014, inclusive; 32 of these patients were operated. The variables evaluated were: age, location of the lesion, etiology, degree according to the classification of Simon, form of presentation, histology and postoperative complications. Simple adenomastectomy was performed without liposuction.

Results

32 patients with an age range of 15-77 years with an average of 38.9 years were operated. The location was mostly unilateral (65.62%) with only 34.37% (11 patients) of bilaterality. The causes were multiple, predominating the persistence of pubertal gynecomastia and secondary to chronic medication.

The majority corresponds to grade I and IIA of Simon and postoperative complications were consistent with the literature: seroma in 10% (5 patients) and hematoma in 4.34% (2 patients).

Conclusions

Surgical treatment of gynecomastia should only be performed after an extensive study of the patient to determine the etiology and the failure of the medical treatment, and it should aim to achieve a normal aspect of male thorax, with the smallest possible scar, minimizing the impact on the quality of life that has a feminoid breast in a young adult.

Key words

GYNECOMASTIA. SURGICAL TREATMENT. MALE BREAST.

INTRODUCCIÓN

La mayoría de las patologías mamarias en el hombre son benignas. Dentro de estas patologías, la ginecomastia es la más frecuente.⁽¹⁾ Se la define como un aumento de volumen de la mama secundario a una hiperplasia ductal y a una proliferación del estroma.^(1,2) Y se clasifica en fisiológica o primaria (neonato, pubertad y ancianos) y patológica o secundaria ^(3,12) (Tablas I y II). La presentación clínica puede ser uni o bilateral, incluso asincrónica, y la mayoría regresa por evolución espontánea de su ginecomastia puberal o resolución de las causas secundaria; sin embargo, existe un porcentaje no despreciable de casos que requiere tratamiento quirúrgico debido a persistencia clínica o radiológica motivada en cambios histológicos que incluyen desarrollo de tejido fibroso subareolar.

La primera descripción del tratamiento quirúr-

gico de la ginecomastia fue realizada por Paulus Aegineta (635-690 AD), quien usaba una incisión semilunar inframamaria para realizar la exéresis del tejido glandular.⁽⁴⁾ Desde entonces, se han utilizado distintas técnicas y dicho tratamiento ha sido efectuado por distintas especialidades quirúrgicas (cirujanos plásticos, pediátricos, cirujanos generales y mastólogos).

El propósito de este trabajo es describir la experiencia en el tratamiento quirúrgico de la ginecomastia en un Hospital Militar, procedimiento efectuado por cirujanos generales dedicados a la Mastología y mástólogos certificados, evaluando etiología, tiempo de evolución, edad del paciente, el tipo de ginecomastia de acuerdo con la clasificación de Simon⁽⁵⁾ (Tabla III) y las complicaciones postoperatorias en un procedimiento quirúrgico (adenomastectomía simple sin liposucción).

Tabla I. Ginecomastia asociada a enfermedades

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Endocrinopatías</i> <ol style="list-style-type: none"> a. Insuficiencia testicular primaria b. Anorquia congénita c. Regresión testicular fetal d. Síndrome de Klinefelter e. Defectos en la síntesis de testosterona f. Resistencia androgénica 2. <i>Insuficiencia testicular secundaria</i> <ol style="list-style-type: none"> a. Castración b. Atrofia testicular c. Alteraciones suprarrenales d. Alteraciones hipofisarias e. Hipertiroidismo f. Hermafroditismo | <ol style="list-style-type: none"> 3. <i>Tumores</i> <ol style="list-style-type: none"> a. Testiculares: Teratoma b. No testiculares 4. <i>Enfermedades crónicas</i> <ol style="list-style-type: none"> a. Hepáticas b. Renales c. Pulmonares d. Metabólicas e. Obesidad f. Cambios ponderales g. Neurológicas h. Psicológicas i. Estrés |
|---|---|

Tabla II. Ginecomastia asociada a fármacos u hormonas

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Hormonas <ol style="list-style-type: none"> a. Estrógenos b. Esteroides anabólicos c. Testosterona d. Gonadotropinas e. Progesterona f. Antiandrógenos: ciproterona, espironolactona, flutamida g. Hormona del crecimiento 2. Psicofármacos <ol style="list-style-type: none"> a. Fenotiazidas b. Antidepresivos tricíclicos c. Haloperidol 3. Fármacos cardiovasculares <ol style="list-style-type: none"> a. Digoxina b. Bloqueantes cálcicos: verapamilo, nifedipina c. Bloqueantes de la enzima convertidora de angiotensina: captopril, enalapril d. Metildopa e. Reserpina f. Minoxidilo | <ol style="list-style-type: none"> 4. Quimioterápicos <ol style="list-style-type: none"> a. Agentes alquilantes 5. Antiulcerosos <ol style="list-style-type: none"> a. Omeprazol, lansoprazol b. Ranitidina, cimetidina 6. Antibióticos <ol style="list-style-type: none"> a. Isoniacida b. Fluconazol c. Metronidazol d. Ketoconazol e. Antirretrovirales 7. Drogas de abuso <ol style="list-style-type: none"> a. Marihuana b. Alcohol c. Heroína d. Anfetaminas 8. Otros <ol style="list-style-type: none"> a. Difenhidantoína b. Metoclopramida c. Ciclosporina |
|--|--|

Tabla III. Clasificación de Simon de la ginecomastia

Grado 1: pequeño aumento del volumen mamario visible, sin piel redundante.

Grado 2A: moderado aumento de volumen mamario, sin piel redundante.

Grado 2B: moderado aumento de volumen mamario, con piel redundante.

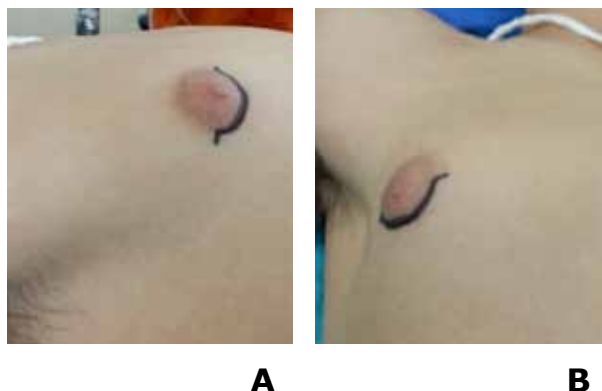
Grado 3: severo aumento de volumen mamario, con piel redundante (como una mama ptósica femenina).

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes masculinos atendidos en la sección Patología Mamaria del Servicio de Cirugía General del Hospital Naval Puerto Belgrano, entre junio de 2000 y junio de 2014 inclusive, con diagnóstico de tumor o masa mamaria palpable.

Con este criterio, se incluyeron 52 pacientes, de los cuales se descartaron 3 con diagnóstico de lipomastia y 2 con diagnóstico de cáncer de mama en el hombre. De los restantes (47 pacientes), 32 fueron sometidos a cirugía (68,08%) y 15 pacientes (31,91%) no fueron intervenidos debido a regresión de su ginecomastia (8 pacientes), derivación a endocrinología para tratamiento médico (1 paciente), imposibilidad de ser sometidos a cirugía por alto riesgo quirúrgico (3 pacientes) y pérdida de seguimiento del paciente⁽²⁾. Se efectuaron un total de 46 procedimientos quirúrgicos (11 pacientes presentaron ginecomastia bilateral, contabilizándose en ellos como dos cirugías, y 2 pacientes se reintervinieron por recidiva). En 47 pacientes se evaluó la incidencia según la edad, ubicación de la lesión (derecha/izquierda/bilateral), etiología, grado, forma de pre-

Figura 1. Técnica quirúrgica: incisión periareolar inferior. A: visión lateral. B: visión frontal



sentación, estudios realizados, histología y complicaciones postoperatorias.

El diagnóstico se llevó a cabo a través de la clínica, ecografía mamaria y laboratorio en la totalidad de los pacientes, y mamografía bilateral en 14 de ellos; se solicitó ecografía testicular en 10 casos.

La técnica quirúrgica

La exéresis quirúrgica simple (adenomastectomía subcutánea) se realiza bajo anestesia general, a través de una incisión periareolar en la mitad inferior de la areola (Figura 1); a continuación, se efectúa la disección del complejo areola-pezón dejando un grosor de tejido glandular de 8 mm aproximadamente. Después de liberar el plano subcutáneo, se disecciona el plano profundo sobre la fascia del músculo pectoral mayor, se extirpa el tejido graso-glandular prestando especial atención a realizar la exéresis de forma biselada en la zona periférica de la resección para obtener un contorno torácico homogéneo, sin irregularidades visibles o palpables. En todos los casos se deja drenaje y se efectúa sutura subdérmica con catgut y cutánea periareolar.⁽⁶⁾

Tabla IV. Etiología

	Edades						
	10-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80
Fisiológico Puberal persistente	5	1	1				
Medicación crónica			1		1	5	1
Tabaquista			1	3	2		
Ingesta de anabólicos		1	1				
Ca de testículo			1				
Ca de próstata							1
IRC				1			
Estrés				1			
Desconocido		1	3	1			

Cuidados postoperatorios

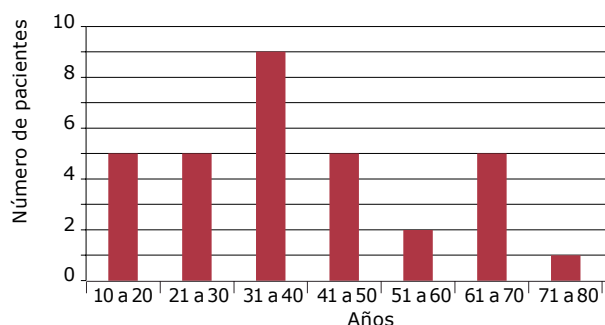
Una vez finalizada la intervención, se coloca un vendaje elástico compresivo que el paciente lleva por el término de un mes en forma continua; se realiza profilaxis antibiótica, y los drenajes se retiran a las 24-48 horas, dependiendo de las características del débito. Se permite la realización de ejercicios físicos a partir de la 4^{ta} semana. El resultado estético se evalúa a partir del 3^{er} mes.

RESULTADOS

En el período enunciado se realizaron 46 adenomastectomías simples, con excepción de un paciente que presentaba PAAF sospechosa, efectuándose biopsia por congelación y posterior adenomastectomía al descartar patología neoplásica.

El rango de edad de los pacientes fue de 15 a 77 años, con un promedio de 39,8 años (Figura 2).

En relación con la mama afectada en los pacientes quirúrgicos: en 10 casos la lesión se ubicó en la mama derecha (31,25%), en 11 casos afectó a la mama izquierda (34,37%) y en otros 11 (34,37%) se trató de un proceso bilateral.

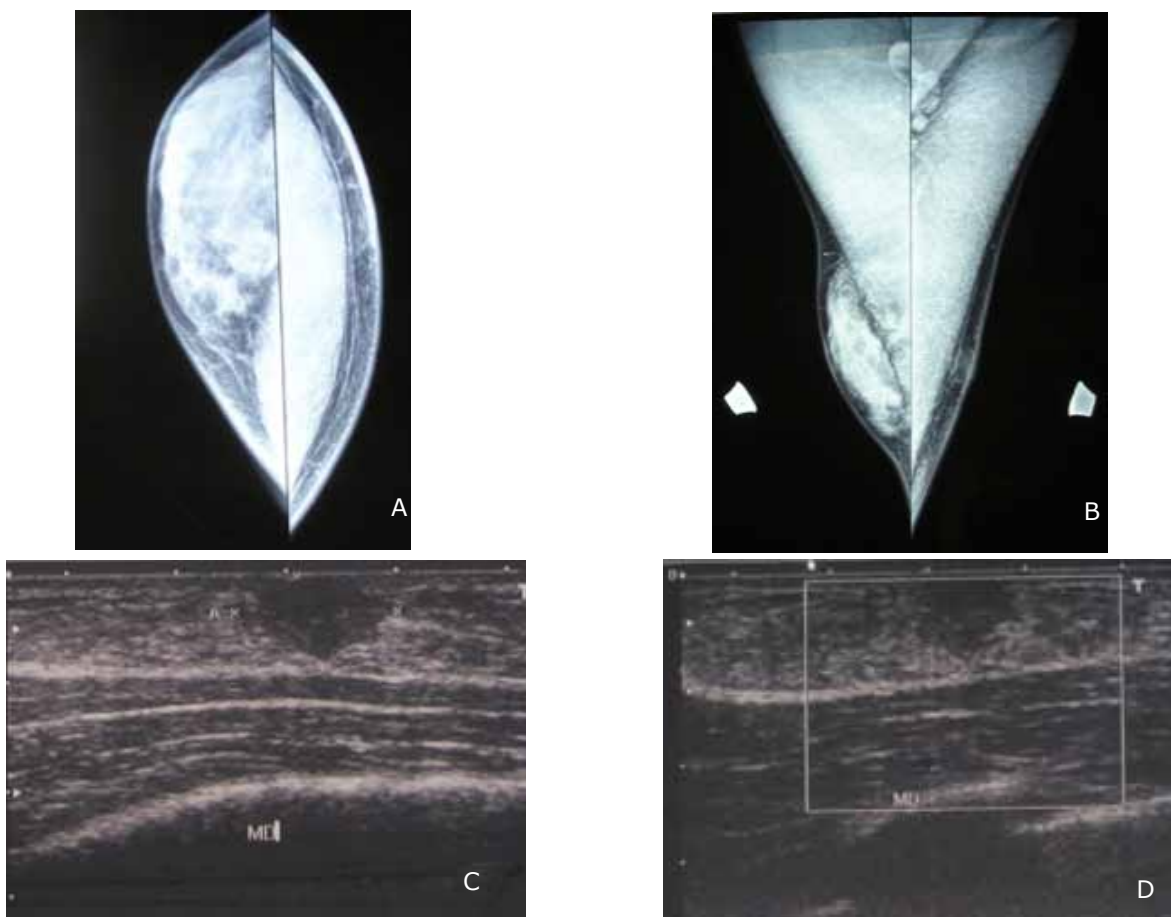
Figura 2. Distribución por edades

Los resultados obtenidos con respecto a la etiología se describen en la Tabla IV.

En cuanto al grado de ginecomastia, predominó el Grado I de Simon: 30 pacientes (93,75%); se observaron 2 pacientes (6,25%) con Grado IIA; y en nuestra casuística no hubo ningún caso con Grado IIB ni III.

Los motivos de consulta por los que los pacientes concurren al consultorio de Patología Mamaria fueron los siguientes:

Figura 3. Estudios por imágenes (mamografía y ecografía mamaria) en un paciente de 17 años con ginecomastia derecha. A: mamografía incidencia craneocaudal. B: mamografía incidencia OML. C: ecografía mamaria doppler MD. D: lesión nodular de MD de figura C.



- Tumor palpable solamente: 15
- Mastodinia como único síntoma: 6
- Tumor palpable + dolor: 8
- Secreción por pezón + prurito: 2
- Todos los anteriores: 1

Durante el interrogatorio, la totalidad refirió disconfort ante la presencia de tejido mamario y la simbología femenina a él asociada, con mayor o menor angustia respecto de la posibilidad de una neoplasia.

La imagenología mamaria fue utilizada en la

totalidad de los casos, siendo la ecografía mamaria realizada en todos los pacientes (operados y no operados): 47 (100%). En 14 pacientes (29,78%) se realizó mamografía bilateral, en 10 pacientes (21,27%) ecografía testicular con resultado normal, y solo en 1(2,12%) se efectuó PAAF, descartándose la patología maligna en la biopsia intraoperatoria (Figura 3).

Los hallazgos anatomopatológicos correspondieron a hiperplasia fibroductal, esclerosis y colagenosis. Los 3 médicos patólogos pertenecen al Hospital Naval.

Tabla V. Complicaciones postoperatorias

Complicaciones postoperatorias	Número
Seroma herida	5
Hematoma	2
Necrosis parcial cutánea	1
Absceso herida	1
Sufrimiento CAP con recuperación ad-integrum	1

En la Tabla V pueden observarse las complicaciones postoperatorias. Se tuvo en cuenta el resultado estético dentro de la evolución postoperatoria; fue satisfactoria en la mayoría de los casos (90,62%); 3 de los pacientes (9,37%) presentaron depresión de la cicatriz y desviación de pezón (Figura 4).

De los 32 pacientes operados, 2 (6,25%) debieron ser intervenidos con diagnóstico de recidiva -uno a los 2 y el otro a los 3 años-, con buen resultado estético posterior.

DISCUSIÓN

La ginecomastia es una patología frecuente en el hombre, con una incidencia que varía entre el 32 y el 36% de la población masculina; alcanza un 40% en estudios de autopsia y un 64,6% entre los adolescentes. La frecuencia de compromiso bilateral fluctúa entre 25 y 75%.^(7,8)

Independientemente de la edad de presentación, esta patología conlleva en el hombre preocupación y vergüenza, afectando su desarrollo social y psicológico.

La clasificación estándar las divide en fisiológicas y patológicas. Las primeras pueden observarse en determinados momentos de la vida del varón debido a la existencia de situaciones que favorecen su desarrollo (neonatal, puberal y senil) por el desbalance hormonal;⁽³⁾ en cuanto a las ginecomastias

Figura 4. Retracción de cicatriz. A: vista frontal con desviación de pezón. B: visión lateral

A



B

patológicas, sus causas son múltiples, siendo las idiopáticas las más frecuentes (representan un 25% del total).⁽⁷⁾

En la mayoría de los pacientes con ginecomastia, no se requiere otro tratamiento fuera de la corrección de la etiología identificada, dado que esta patología tiene una alta tasa de regresión espontánea, en particular la ginecomastia puberal.⁽⁸⁾

Ahora bien, si la causa que le ha dado origen ha sido diagnosticada y tratada en forma inicial, la hipertrofia mamaria puede retroceder, pero si la misma permanece en el tiempo es poco probable que la suspensión de la droga o el tratamiento médico instituido sean exitosos, por lo que se torna necesaria-

ria la cirugía.⁽⁹⁾ El tiempo de evolución de la ginecomastia es uno de los factores principales a valorar para decidir el tratamiento. Si persiste más de 18 a 24 meses, la opción terapéutica en estos casos es el tratamiento quirúrgico, ya que la mama sufre cambios crónicos⁽⁶⁾ que incluyen dilatación ductal con fibrosis periductal, hialinización estromal e incremento de la grasa subareolar.⁽¹⁰⁾

El tratamiento quirúrgico depende del grado de ginecomastia y de la cantidad de tejido adiposo asociado, y lo guían dos objetivos: 1) extirpar la glándula para efectuar su estudio histopatológico y descartar el cáncer; 2) más común, extirpar la deformidad con fines puramente estéticos,⁽¹¹⁾ dejando el mínimo de cicatrices y depresiones.

Las técnicas pueden dividirse en cuatro tipos:⁽⁶⁾

- Exéresis quirúrgica simple.
- Liposucción simple.
- Exéresis quirúrgica más liposucción.
- Exéresis quirúrgica más resección cutánea.

En nuestra institución, no contamos con cirujano plástico ni con instrumental médico para liposucción; la cirugía realizada ha sido la exéresis quirúrgica simple con resultados estéticos satisfactorios, lo cual podría deberse a la selección de pacientes (Grado I y IIA de Simon).

CONCLUSIÓN

La ginecomastia es una enfermedad frecuente, diagnosticada por múltiples especialistas debido a su presentación en distintas etapas de la vida, y que responde a variadas causas, muchas de ellas desconocidas. Desde el punto de vista del mastólogo, es importante su diagnóstico diferencial con el cáncer de mama, aun cuando este solo represente menos del 1% de todos los casos de cáncer en el hombre. Su resolución quirúrgica es satisfactoria mediante técnicas sencillas, pero que cumplan con el objetivo de extirpar la glándula mamaria enferma, respetar el contorno torácico y dejar el mínimo de cicatrices y deformidades.

REFERENCIAS

1. Weintraub K, Lehrer D, Mosto J *et al.* Imagenología mamaria en el hombre. *Rev Arg Mastol* 2014; 33(118): 58-73.
2. Iuanow E, Kettler M, Slanetz P. Spectrum of disease in the male breast. *AJR* 2011; 196: 247-259.
3. Navarrete MF, Molina JC, Santelices JP, Tenahamm T, Retamal J, Rostion C. Manejo quirúrgico como alternativa terapéutica en pacientes con ginecomastia puberal. *Rev Ped Elec* [en línea] 2006, vol. 3, núm. 1. INSSN 0718-0918.
4. Mommatz Ghnnam W. Gynaecomastia surgery: Should it be individualized? *J Cutan Aesthet Surg* 2014. Apr-Jun, 7(2): 116-117.
5. Simon BE, Hoffman S, Kahn S. Classification and surgical correction of gynecomastia. *Plast Reconstr Surg* 1973; 51: 48-52.
6. Oroz J, Pelay MJ, Roldán P. Ginecomastia. Tratamiento quirúrgico. *An Sist Sanit Navar* 2005; 28(supl 2): 109-116.
7. Castillo PD. Ginecomastia. *Cuad Cir* 2003; 17: 52-57.
8. Bland K, Copeland E. La Mama. Manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas. Segunda edición. Tomo I. Editorial Panamericana, 2000, pp. 181.
9. Lapid O, Jolink F. Surgical Management of gynecomastia: 20 years' experience. *Scandinavian Journal of Surgery* 2013; 103: 41-45.
10. Singer-Granick C, Granick M. Gynecomastia What the surgeon needs to know? *Eplasty* 2009. 9: e6. Available at <<http://www.eplasty.com>>. Acceso: junio de 2014.
11. Uriburu JV. La Mama. Patología mamaria benigna en el hombre. 2º edición. Tomo 1. López Libreros Editores, 1977; pp. 340-341.

12. Alonso G, Escobar ME, Pipman V *et al.* Enfoque práctico del manejo de la ginecomastia. Seis preguntas que debe responderse el pediatra ante un paciente con ginecomastia. *Arch Argent Pediatr* 2011; 109(4): 365-368.

DEBATE

Dr. Elizalde: Una sola cosa que me llamó la atención: ¿cómo midieron el estrés? En la descripción de los pacientes, pusieron un paciente con cáncer de próstata, uno con cáncer testicular y un paciente con estrés. Me parece que todos los pacientes tenemos estrés a esta altura de la vida.

Dra. Godoy: Se excluyeron todas las otras causas y consideramos el estrés porque tenía muchísimos problemas familiares, estaba con diagnóstico de

gastritis y había brotado su psoriasis; entonces, lo pusimos como estrés.

Dr. Elizalde: ¿Tomaba alguna medicación para la gastritis?

Dra. Godoy: Sí, omeprazol, que también produce ginecomastia.

Dr. Dávalos Michel: ¿Cuál fue el criterio para pedir ecografía testicular?

Dra. Godoy: Se le pidió a 10 pacientes. Sobre todo en los jóvenes, no en los añosos, porque, de acuerdo con la bibliografía, en pacientes jóvenes con ginecomastia hay que descartar que el origen sea testicular y feminizante o la asociación con síndromes, entre los cuales está el de Klinefelter. Sé que tiene otras características, además de la ginecomastia, pero es uno de los síntomas.