
Ginecomastia. Tratamiento quirúrgico ***Gynecomastia. Surgical treatment***

J. Oroz, M. J. Pelay, P. Roldán

RESUMEN

La ginecomastia es un aumento del tamaño de la glándula mamaria en el hombre. Su etiología es variada, asociada principalmente a un hiperestrogenismo, aunque en muchos casos es idiopática. Esta anomalía produce una deformidad de carácter estético que provoca alteraciones de orden psicológico en el paciente. El objetivo del tratamiento quirúrgico es conseguir un aspecto normal del tórax masculino, con la menor cicatriz posible. La técnica quirúrgica dependerá principalmente del grado de la ginecomastia, y de la distribución y proporción de los diversos componentes (graso y parenquimatoso) de la mama, existiendo varias alternativas: exéresis quirúrgica simple; liposucción simple; exéresis quirúrgica más liposucción; y exéresis quirúrgica más resección cutánea. La liposucción ha emergido como una de las técnicas más importantes para aplicar en esta patología, sola o en combinación con otros procedimientos. En el presente trabajo se describen las indicaciones y diferentes modalidades del tratamiento quirúrgico.

Palabras clave. Ginecomastia. Tratamiento quirúrgico. Liposucción.

ABSTRACT

Gynecomastia is an increase in the size of the mammary gland of the male. It has a varied etiology, mainly associated with hyperestrogenism, although in many cases it is idiopathic. This anomaly produces a deformity of an aesthetic character that provokes alterations of a psychological order in the patient. The aim of surgical treatment is to achieve a normal appearance of the masculine thorax, with the smallest possible scar. Surgical technique will mainly depend on the degree of the gynecomastia, and on the distribution and proportion of the different components (fat and parenchyma) of the breast. There are several alternatives: simple surgical exeresis; simple liposuction; surgical exeresis plus liposuction; and surgical exeresis plus cutaneous resection. Liposuction has emerged as one of the most important techniques applied in this pathology, either alone or in combination with other procedures. This paper describes the indications and different forms of surgical treatment.

Key words. Gynecomastia. Surgical treatment.

An. Sist. Sanit. Navar. 2005; 28 (Supl. 2): 109-116.

Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora.
Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Correspondencia:
Javier Oroz Torres
Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora
Hospital Virgen del Camino
C/ Irunlarrea, 4
31008 Pamplona
Tfno: 848 429659
E-mail: joroztor@cfnavarra.es

INTRODUCCIÓN

El término ginecomastia significa literalmente mama de mujer y con él designamos un aumento del tamaño de la glándula mamaria en el hombre. Es la anomalía mamaria más frecuente en el sexo masculino. Clínicamente se trata de una masa firme o elástica situada por detrás y alrededor de la areola. Histológicamente se caracteriza por una proliferación del tejido adiposo, fibroso y ductal, con predominio variable de cada uno de estos componentes. En general es un proceso bilateral, siendo su incidencia unilateral de un 20% de los casos. El motivo principal de la consulta, en la mayoría de los casos, es el impacto emocional que esta alteración de la forma y tamaño de la mama masculina conlleva, desencadenando un comportamiento de ocultación en el desarrollo de la vida cotidiana.

ETIOLOGÍA

Los procesos que pueden ser causa de ginecomastia son múltiples. Salvo las ginecomastias del período neonatal, puberal y senil, que pueden considerarse fisiológicas, el aumento del tamaño de la mama en un varón debe ser considerado como un hecho patológico. En muchos casos se desconoce la etiología precisa. No obstante es necesario valorar cuidadosamente cada paciente de modo que la detección de enfermedades graves no pase inadvertida. Por lo tanto dividiremos las ginecomastias en fisiológicas y patológicas^{1,3}.

GINECOMASTIAS FISIOLÓGICAS

Ginecomastia neonatal

Es un proceso transitorio debido al efecto de los estrógenos maternos placentarios. Puede presentarse hasta en un 60% de los recién nacidos y se resuelve en semanas o meses.

Ginecomastia puberal

Se desencadena de forma transitoria a partir de los 14 ó 15 años. Es un aumento del tamaño mamario sin otras anomalías acompañantes. Tiene una incidencia aproximada de un 65% hacia los 14 años, aunque esta incidencia es variable según autores¹.

Desaparece en la mayor parte de los casos tras 12 a 14 meses de evolución, persistiendo sólo en un 8% de los casos a los 3 años.

Ginecomastia senil

La prevalencia de la ginecomastia aumenta con la edad y Nuttall⁴ observó este trastorno en un 57% de los hombres mayores de 45 años. Todo ello estaría ligado a los cambios hormonales, a una disminución de la testosterona y un aumento de los estrógenos, así como a un aumento de la obesidad. Estas alteraciones inherentes al proceso de envejecimiento normal contribuyen al desarrollo de la ginecomastia en individuos mayores.

En todos los casos está asociada al nivel de hormonas circulantes en sangre. El mecanismo fundamental del desarrollo de la ginecomastia es la disminución de la producción de andrógenos, un aumento de la producción de estrógenos o un aumento de la transformación de los precursores de los andrógenos en estrógenos. En definitiva, lo que determina su aparición es la relación tisular estrógenos/andrógenos en el sentido funcional y muchas veces esto no se puede poner de manifiesto con determinaciones hormonales en sangre³.

GINECOMASTIAS PATOLÓGICAS

En ellas incluimos todos los aumentos del volumen de la mama en el hombre que tienen como etiología procesos patológicos, tales como trastornos sistémicos (insuficiencia renal, insuficiencia hepática, hipo/hipertiroidismo, hipogonadismo, enfermedades neoplásicas, obesidad, etc); déficit de testosterona (anorquia, síndrome de Klinefelter, enfermedades testiculares crónicas, orquiectomía, etc); tumores testiculares secretores de estrógenos; o el efecto de diversas drogas y fármacos (alcohol, anfetaminas, marihuana, opiáceos, estrógenos, anabolizantes esteroides, agentes quimioterapéuticos, cimetidina, antidepresivos tricíclicos, entre muchos otros descritos).

ESTUDIO PREOPERATORIO

Es importante distinguir los pacientes con una ginecomastia fisiológica o idiopática

tica de los que puedan tener como causa una patología. En la anamnesis se debe considerar la edad, presencia de signos o síntomas y duración de los mismos, así como preguntar sobre el consumo de drogas o la exposición a agentes estrogénicos.

La revisión sistémica debe incluir la detección de signos o síntomas de: fallos renales, hepáticos o tiroideos (hipo/hiper); ganancias de peso; alcoholismo; o procesos neoplásicos. Se debe realizar un examen físico completo incluyendo testículos, valoración de las funciones renal, hepática y tiroidea, así como determinación de la testosterona, LH y estradiol.

Las mamas pueden parecerse a glándulas mamarias femeninas o presentar un pequeño botón subareolar de consistencia blanda y no adherido a los tejidos adyacentes. La induración, el dolor y la sensibilidad anormal son indicadores del aumento reciente de las mamas, pero en la mayoría de los casos se manifiesta de manera asintomática. El criterio diagnóstico es variable, pero la mayoría de los autores consideran que se puede hablar de ginecomastia cuando se puede palpar un botón mamario subareolar mayor de 2 cm de grosor^{1,2}. La palpación de la mama nos puede indicar si la causa de la ginecomastia es mayoritariamente la grasa (consistencia blanda) o bien la proliferación glandular (consistencia firme). La mamografía y la ecografía son de gran importancia diagnóstica para valorar si la proporción principal es del componente graso o de la proliferación parenquimatosa (Fig. 1), lo que es fundamental para planificar el tipo

de intervención y a su vez nos ayuda a descartar cualquier otra patología concomitante en la mama (por ejemplo, un carcinoma).

El diagnóstico diferencial se debe establecer con diversas anomalías que pueden dar lugar a una apariencia similar, como lipomas, angiomas, neurofibromas o hipertrofia del músculo pectoral mayor.

CLASIFICACIÓN

La ginecomastia puede clasificarse en tres tipos, según el grado de afectación:

- Ginecomastia de grado I. Aumento leve de la mama sin exceso de piel.
- Ginecomastia de grado II. Aumento moderado de la mama con o sin exceso de piel.
- Ginecomastia de grado III. Aumento excepcional de la mama con exceso de piel.

TRATAMIENTO

Indicaciones

El tratamiento médico de la ginecomastia fisiológica está pocas veces indicado⁵. La ginecomastia fisiológica puberal es un cuadro transitorio. La actuación en estos casos debe estar dirigida a tranquilizar al paciente y realizar una vigilancia periódica, con apoyo psicológico, ya que ésta cederá espontáneamente en un 90% de los casos.

El tiempo de evolución de la ginecomastia es uno de los factores principales a

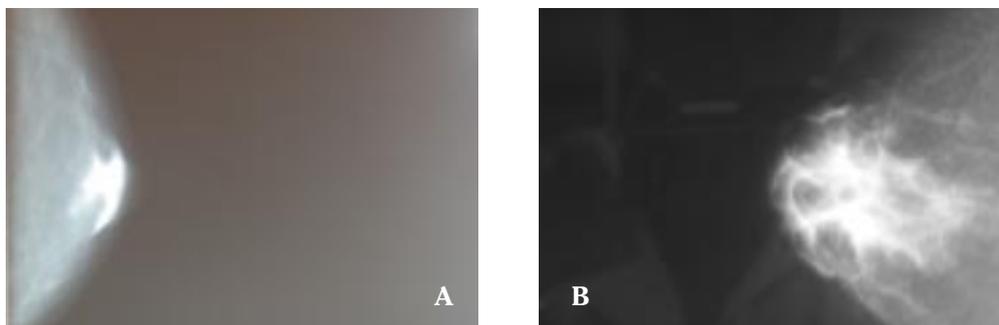


Figura 1. Imágenes de mamografías de pacientes con ginecomastia. A) Ginecomastia con predominio graso. B) Ginecomastia con predominio glandular.

valorar para decidir el tratamiento. Si persiste más de 18 a 24 meses es poco probable que cualquier terapia médica obtenga resultados o se resuelva espontáneamente. Si se trata de una ginecomastia fisiológica no reversible o de un paciente adolescente con un tiempo de evolución superior a los 18 meses, la opción terapéutica en estos casos será el tratamiento quirúrgico, ya que los tejidos más allá de este plazo progresan hacia la fibrosis.

El tratamiento de la ginecomastia patológica será el de su causa subyacente, resolviéndose tras el tratamiento adecuado, aunque la mama puede sufrir cambios fibróticos en el transcurso de la enfermedad y su regresión entonces no será completa.

Técnicas quirúrgicas

La técnica quirúrgica a aplicar depende principalmente del grado de la ginecomastia, y de la distribución y proporción de los diversos componentes (graso y parenquimatoso) de la mama⁶. Básicamente podemos dividir las técnicas en cuatro tipos:

- Exéresis quirúrgica simple. Indicada en los casos con aumento mamario debido básicamente a hipertrofia glandular.
- Liposucción simple. Indicada en los casos con predominio prácticamente de tejido graso.
- Exéresis quirúrgica más liposucción. Indicada en los casos en que la hipertrofia glandular se limita únicamente al área retro o periareolar, mientras que el resto del aumento mamario se debe al componente graso.
- Exéresis quirúrgica más resección cutánea. Indicada en los casos con exceso cutáneo, en los que puede ser necesario trasladar el complejo areola-pezones.

La intervención se puede realizar tanto bajo anestesia general como local, dependiendo del grado de la ginecomastia así como de las características del paciente.

El marcaje de la zona a intervenir se realiza preoperatoriamente con el paciente de pie, dibujando un mapa topográfico de

la deformidad que debe ser resecada y de la zona periférica que debe ser tratada, con el fin de remodelar el contorno torácico y prevenir deformidades secundarias.

Exéresis quirúrgica simple

Históricamente se han descritos múltiples localizaciones de incisiones para el abordaje quirúrgico (surco submamario, línea axilar media, axila), pero nuestra preferencia es realizar el acceso mediante una incisión periareolar en la mitad inferior de la areola, lo que nos da una mejor exposición de los tejidos para su extirpación⁷. A continuación se realiza una disección del complejo areola-pezones dejando un grosor de tejido glandular retroareolar de unos 8 mm. Este tejido glandular preservado evitará un posterior hundimiento y proporcionará una buena proyección del complejo. Posteriormente se libera la piel periareolar manteniendo un plano de disección que nos proporcione un grosor de tejido subcutáneo suficiente para mantener la vascularización de la piel, y para prevenir irregularidades por sobrecorrección, así como adherencias cutáneas en el postoperatorio.

Después de liberar el plano subcutáneo se disecciona el plano profundo sobre la fascia del músculo pectoral mayor. La disección de la glándula puede hacerse con tijeras, bisturí o electrobisturí (aguja de Colorado), siendo esta última nuestra preferencia. Se extirpa el tejido ginecomástico 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.

La hemostasia debe ser cuidadosa, se comprobará la ausencia de irregularidades y se colocará un drenaje aspirativo. Finalmente se procede a realizar una sutura periareolar intradérmica (Figs. 2-3).

Liposucción simple

Después de realizado el marcaje, efectuamos una pequeña incisión de 3 a 4 mm con el bisturí del nº 11 en la zona lateral de cada surco submamario, para obtener un óptimo acceso. Se procede a infiltrar la zona con una solución de 1 litro de suero



Figura 2. Paciente de 18 años con ginecomastia bilateral tratado mediante resección glandular. Incisiones periareolares inferiores. Aspecto preoperatorio: visiones frontal (A) y oblicua derecha (B). Aspecto postoperatorio: visiones frontal (C) y oblicua derecha (D).

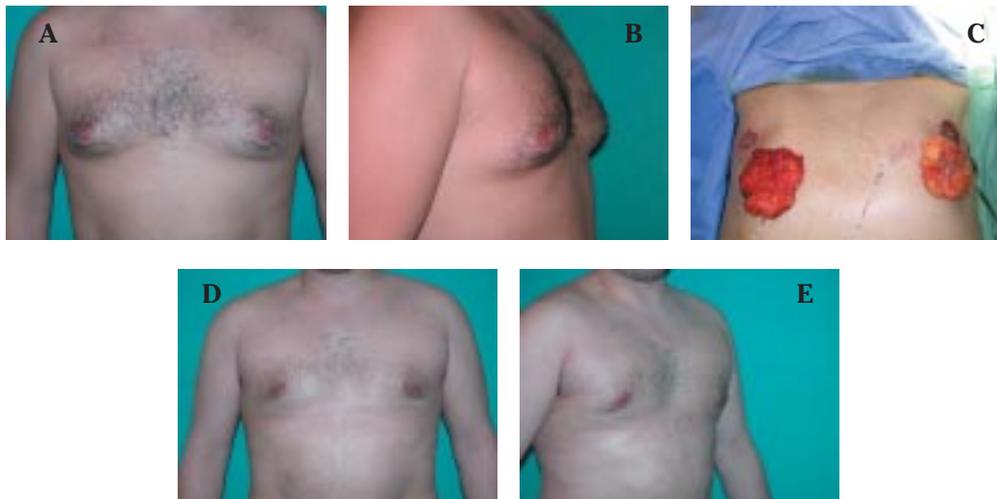


Figura 3. Paciente de 21 años con ginecomastia bilateral de componente predominante glandular. Aspecto preoperatorio: visiones frontal (A) y oblicua derecha (B). Imagen intraoperatoria donde se aprecian incisiones periareolares completas y las masas glandulares resecaadas (C). Aspecto postoperatorio a los 9 meses: visiones frontal (D) y oblicua derecha (E).

fisiológico, mezclado con 1 ml de adrenalina, 30 ml de lidocaína al 2% y 10 ml de bicarbonato sódico 1 M. Se produce tumescencia de la zona infiltrada. La infiltración debe ser uniforme y es importante infiltrar toda el área en múltiples capas.

A través de las incisiones descritas realizamos la aspiración de la grasa comenzando con cánulas de liposucción de 4 mm de diámetro desde el plano profundo al superficial, continuando con un repaso más superficial con cánulas de 3 mm. En las áreas periféricas se realiza una aspiración más suave con las cánulas de 3 mm, llevando a cabo múltiples pases periféricos para lograr una mejor redistribución de la piel.

Por lo general, con esta técnica se produce muy poca pérdida sanguínea y raramente se coloca drenaje espirativo (Fig. 4).

Exéresis quirúrgica más liposucción

El marcaje se lleva cabo preoperatoriamente, delimitando las zonas de tejido glandular para exéresis y periféricamente el tejido graso que se aspirará. La extirpación se efectúa del mismo modo descrito anteriormente y a continuación infiltramos la zona a aspirar con la solución descrita, procediendo a realizar la liposucción de

las áreas periféricas introduciendo las cánulas por la vía de abordaje periareolar, de modo semejante al apartado anterior⁸.

En este caso, tras realizar hemostasia minuciosa, introducimos un drenaje aspirativo.

Exéresis quirúrgica más resección cutánea

En pacientes con grandes ginecomastias o mamas muy ptósicas puede haber un gran exceso de piel o hasta un gran desplazamiento inferior del complejo areola-pezones. En estos casos, una vez señalada la extirpación glandular, realizamos un diseño de resección cutánea marcando una incisión periareolar completa y otra incisión circular concéntrica y exterior, cuyo diámetro variará en función del exceso cutáneo que consideremos necesario resecar⁹.

Si el complejo areola-pezones se encuentra desplazado y es preciso elevarlo, el círculo concéntrico exterior puede realizarse en forma de óvalo para ascender la areola. La intervención se inicia realizando una desepidermización de la piel comprendida entre ambos círculos, seguido de una nueva incisión en la zona inferior del área desepidermizada para proceder a la exéresis mamaria. Tras realizar una hemostasia



Figura 4. Paciente de 29 años con ginecomastia bilateral de componente predominante graso, tratado mediante liposucción. Aspecto preoperatorio: visiones frontal (A) y oblicua derecha (B). Aspecto postoperatorio: visiones frontal (C), oblicua derecha (D) y lateral izquierda (E).

meticulosa, suturamos en dos planos la herida quirúrgica, realizando una sutura intradérmica completa con nylon 4/0 periareolar, para evitar el ensanchamiento de la cicatriz en el postoperatorio. Esta sutura puede quedarse enterrada o bien ser retirada transcurrido 1 año desde la intervención (Figs. 5-6).

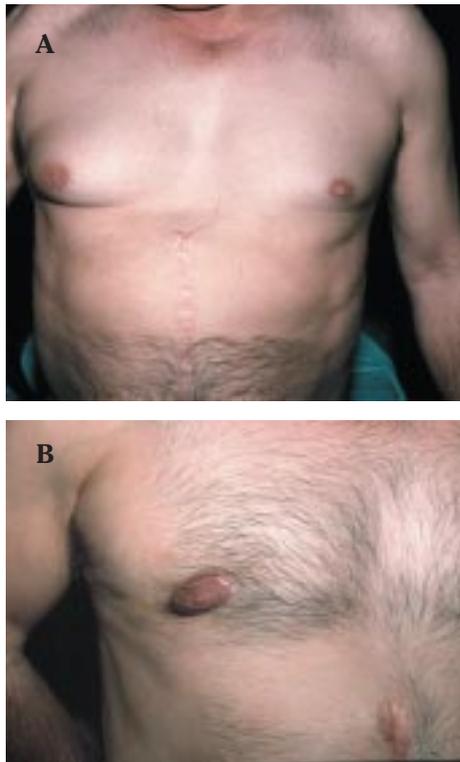


Figura 5. Paciente de 48 años, con ginecomastia unilateral derecha de origen farmacológico, tratado mediante resección cutánea periareolar y glandular. Aspectos preoperatorio (A) y postoperatorio (B).

En casos extremos, para corregir ptosis muy importantes, puede ser necesario extraer el complejo areola-pezones y reponerlo como un injerto en una posición adecuada.

Cuidados postoperatorios

Al paciente se le coloca, una vez finalizada la operación, una camiseta de compresión que deberá llevar continuamente

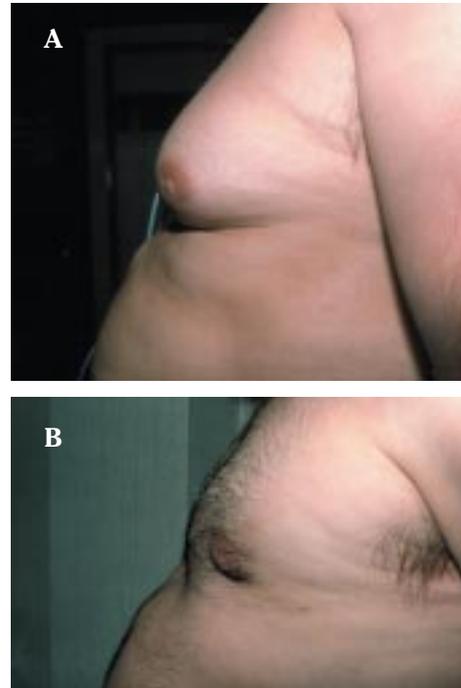


Figura 6. Paciente de 50 años, con ginecomastia unilateral izquierda de origen farmacológico, tratado mediante resección cutánea periareolar y glandular. Aspectos preoperatorio (A) y postoperatorio (B).

durante 1 mes. Sistemáticamente realizamos profilaxis antibiótica, que se inicia en el preoperatorio. Los drenajes aspirativos los retiraremos normalmente a los 2 ó 3 días. El paciente puede realizar ejercicios físicos a partir de las 3 semanas. La inflamación de la zona intervenida va disminuyendo progresivamente y el resultado definitivo se aprecia a los 3 meses.

COMPLICACIONES

Las complicaciones más frecuentes son los hematomas y seromas. En la zona del complejo areola-pezones pueden producirse malposiciones, depresiones, necrosis, cicatrices hipertróficas o ensanchadas. El resultado estético puede ser insatisfactorio por exéresis o liposucción excesivas, produciéndose depresiones del contorno, o bien por insuficiencia del tratamiento,

dando lugar a irregularidades por exceso de tejido glandular o graso residual.

CONCLUSIONES

La ginecomastia es una patología mamaria que afecta a un 65% de los varones. Puede estar presente en recién nacidos, adolescentes y adultos. Su etiología es variada, asociada principalmente a un hiperestrogenismo, aunque en la mayoría de los casos es idiopática. Esta anomalía produce una deformidad de carácter estético que provoca alteraciones de orden psicológico en el paciente.

El tratamiento quirúrgico sólo debe efectuarse después de una evaluación endocrinológica y, en su caso, tras no responder a otras medidas. Su objetivo es conseguir un aspecto normal del tórax masculino, con la menor cicatriz posible. En este sentido la liposucción ha emergido como una de las técnicas más importantes para aplicar en esta patología.

BIBLIOGRAFÍA

1. BRAUNSTEIN GD. Gynecomastia. *N Engl J Med* 1993; 328: 490-495.
2. WILSON JD, AIMAN J, MACDONALD PC. The pathogenesis of gynecomastia. *Adv Intern Med* 1980; 25: 1-32.
3. PENSLEER JM, SILVERMAN BL, SANGHAVI J, GOOLSBY C, SPECK G, BRIZIO-MOLTENI L. Estrogen and progesterone receptors in gynecomastia. *Plast Reconstr Surg* 2000; 106: 1011-1013.
4. NUTTALL FQ. Gynecomastia as a physical finding in normal men. *J Clin Endocrinol Metab* 1979; 48: 338-340.
5. BECK W, STUBBE P. Endocrinological studies of the hypothalamo-pituitary gonadal axis during danazol treatment in pubertal boys with marked gynecomastia. *Horm Metabol Res* 1982; 14: 653-657.
6. COURTISS EH. Gynecomastia: analysis of 159 patients and current recommendations for treatment. *Plast Reconstr Surg* 1987; 79: 740-750.
7. WEBSTER JP. Mastectomy for gynecomastia through a semicircular intraareolar incision. *Ann Surg* 1946; 124: 557-575.
8. MLADICK RA. Gynecomastia. *Aesthetic Surg J* 2004; 24: 471-479.
9. DAVIDSON BA. Concentric circle operation for massive gynecomastia to excise the redundant skin. *Plast Reconstr Surg* 1979; 63: 350-354.