

Ginecomastia y pseudoginecomastia. Tratamiento*

Drs. WILFREDO CALDERÓN O.^{1,2}, RODRIGO CABELLO P.^{1,2},
GUILLERMO ISRAEL V.^{1,2}, JORGE BASSA S.¹, LLAMIL KAUAK K.¹,
FERNANDO OLGUÍN M.¹, RODRIGO OLGUÍN M.¹, Int. DANIEL CALDERÓN M.³

¹ Servicio de Cirugía Plástica Hospital Militar.

² Clínica Santa María.

³ Interno Facultad de Medicina Universidad Mayor, Santiago, Chile.

Abstract

Gynecomastia and pseudogynecomastia. Analysis of 106 patients

Background: Gynecomastia is common among men. Pseudogynecomastia, caused by an increased subcutaneous fat in the mammary area, can be confused with gynecomastia. **Aim:** To report the experience with the surgical treatment of both. **Material and Methods:** Review of medical records of 106 patients, aged 15 to 50 years, operated. **Results:** Thirty two percent of patients had a pure gynecomastia, 30% had pseudogynecomastia, and 39% had both conditions. All were mild or moderate. A mastectomy plus liposuction was performed in 50% of patients, solely mastectomy in 26% and solely liposuction in 23%. Four percent had surgical complications such as hematomas or ecchymoses. **Conclusions:** The surgical treatment of gynecomastia requires liposuction in most patients to achieve a good result.

Key words: Gynecomastia, liposuction, pseudogynecomastia.

Resumen

La Ginecomastia, mamas femeninas, es la anomalía más frecuente en el sexo masculino. La pseudoginecomastia es un cuadro que a menudo se confunde con la ginecomastia y consiste en el aumento de tejido graso en la región pectoral. El equipo de cirugía plástica del Hospital Militar de Santiago, por atender una población cautiva de jóvenes que realizan el servicio militar obligatorio, ha tenido una gran experiencia en el manejo de esta enfermedad; es por esto que los objetivos de nuestro estudio fueron evaluar el manejo de los pacientes operados por esta patología en el Hospital Militar y la Clínica Santa María de Santiago, e intentar ofrecer pautas para el manejo de esta patología de la cirugía general a nivel nacional. **Pacientes y Métodos:** Es un estudio retrospectivo y descriptivo, realizado a 106 pacientes operados con el diagnóstico de Ginecomastia o pseudoginecomastia, atendidos entre Enero 1987 a Julio 2005 en las instituciones antes mencionadas. **Resultados:** Promedio de edad 24 años (rango: 15 a 50 años); 32% ginecomastia pura, 29,4% pseudoginecomastia y 38,8% ambas. Todos fueron grado I y IIa de la clasificación de Simon. En el 50% se realizó adenectomía más lipoaspiración, adenectomía sola en 26,4% y lipoaspiración exclusiva a 23,4%. Complicados un 3,8% con hematomas y equimosis. **Discusión:** La ginecomastia es una enfermedad frecuente en la adolescencia; además de provocar alteraciones estéticas, provoca alteraciones psicológicas en el paciente. La liposucción se consagra como una técnica quirúrgica importante a ser aplicada en esta anomalía.

Palabras clave: Ginecomastia, pseudoginecomastia, tratamiento quirúrgico.

*Recibido el 2 de Septiembre de 2008 y aceptado para publicación el 4 de Noviembre de 2008.

Correspondencia: Dr. Wilfredo Calderón O.
Ramón Carnicer 185, Santiago, Chile
E-mail: wcalderon@hts.cl

Introducción

La Ginecomastia, literalmente mamas femeninas, es la anomalía mamaria más frecuente en el sexo masculino, en donde existe un desarrollo excesivo de su tejido fibroso, ductal y adiposo con predominio variable de cada uno de ellos y, como consecuencia, aumento del tamaño de esta región. En la mayor parte de los casos ocurre en fases de cambios hormonales del hombre, como en la infancia, la adolescencia y la vejez. Esta alteración, en su mayoría reversible es por lo tanto, un cuadro benigno, tratable y corregible.

La Pseudoginecomastia, es un cuadro que a menudo se confunde con la ginecomastia y consiste en el aumento de tejido graso en la región pectoral. Su causa esta principalmente asociada a la obesidad, pero puede verse también en otras enfermedades en las que existe acumulación excesivo de tejido graso y generalmente es bilateral. Muchas veces un paciente presenta ambos cuadros asociados¹.

Se ha reportado una incidencia de ginecomastia, entre un 32 a 36% en algunas series de autopsias, llegando incluso hasta un 64% en jóvenes adolescentes. La incidencia de ginecomastia bilateral ocurre entre un 25 a un 75%. En la actualidad con el aumento de la obesidad existe un progresivo aumento de la pseudoginecomastia^{2,3}.

La ginecomastia según Simón se clasifica en⁴:

1. **Ginecomastia grado I:** Aumento leve, caracterizado por un botón localizado de tejido glandular que se concentra alrededor de la areola y donde no hay exceso de piel en un tórax no adiposo. Esta se resuelve la mayor parte en forma espontánea. Si persiste más de 2 años se reseca.

2. **Ginecomastia grado II:** Aumento moderado. Se caracteriza por una ginecomastia difusa en un tórax con más tejido adiposo, con márgenes no bien definidos. Aquí la lipoaspiración es necesaria. Se divide en dos subtipos: a) sin redundancia de piel y b) con redundancia de piel. Esta es la que generalmente requiere de tratamiento quirúrgico.

3. **Ginecomastia grado III:** Gran aumento de la mama. Es una ginecomastia difusa con excedente de piel que requiere resección. Es frecuente y se presenta de preferencia en adultos mayores. No se observó en nuestro grupo de estudio.

La gran mayoría de los pacientes que consulta por ginecomastia son viriles, por esto el motivo principal de consulta, es el impacto psico-social por la forma afeminada de su mama, que desencadena vergüenza, inhibición y consecuentemente comportamientos de ocultación en su vida cotidiana.

Material y Método

El estudio pre-operatorio implica mamografía, ecografía, gonadotrofinas coriónicas, alfa feto proteínas y exámenes de rutina. En la ginecomastia bilateral siempre descartar cáncer testicular con el examen y estudio hormonal descrito.

Este es un estudio retrospectivo y descriptivo, realizado en 106 pacientes operados con el diagnóstico de Ginecomastia o Pseudoginecomastia, atendidos en la Clínica Santa María y en el Hospital Militar de Santiago de Chile, entre enero de 1987 y julio de 2005.

Pre-operatoriamente se realiza el marcaje de la zona a operar, dibujando con el paciente de pie la topografía de la región a ser resecada, remodelando el contorno torácico y previniendo deformidades posteriores. En cuanto a las técnicas quirúrgicas utilizadas para el manejo de estos pacientes se destacan:

Adenectomía simple: Cuando hay aumento mamario por hipertrofia glandular sola. Generalmente el acceso es a través de una incisión pequeña en forma de semicírculo en la mitad inferior de la areola, que permite posteriormente una disección y dejar suficiente tejido glandular retroareolar, de unos 8 mm aproximadamente, para evitar el posterior hundimiento y permitir una adecuada proyección del complejo areola-pezones. Alcanzada la disección de la glándula, la resección de tejido debe ser realizada en forma de bisel en su zona periférica, con el fin de obtener un contorno homogéneo del tórax, sin irregularidades visibles o palpables. Finalmente, luego de una revisión rigurosa de la hemostasia y drenaje aspirativo, se realiza sutura periareolar intradérmica^{5,6}.

Liposucción simple: Cuando existe predominio básicamente de tejido graso (Pseudoginecomastia). Dirigida por el marcaje, se realiza una pequeña incisión de unos 4 mm, generalmente en la línea axilar anterior, axilar o inframamaria a nivel del pseudo-surco. A través de ésta, se infiltra solución tumescente y posteriormente se procede a aspirar la grasa, desde el plano profundo al superficial con el fin de obtener eliminación de la grasa y retracción cutánea⁷.

Adenectomía más liposucción: Cuando hay un componente mixto (hipertrofia glandular y grasa). En este caso las marcas pre-operatorias delimitarán las zonas a ser resecadas tanto glandular como aspiradas. Ambos procedimientos se realizan combinados. Se debe tener cuidado con la hemostasia; es conveniente dejar drenaje por la amplia zona de disección que produce la adenectomía⁷.

Resultados

Promedio de edad de 24 años (rango: 15 a 50 años). 34 pacientes (32%) presentaban ginecomastia pura; 31 pacientes (29,4%) presentaban pseudo-ginecomastia y 41 pacientes (38,8%) ambas patologías (Tabla 1). Todos los pacientes de nuestra serie fueron Grados I y IIa de la clasificación de Simon, ninguno requirió resección cutánea.

En cuanto a los tratamientos quirúrgicos realizados a estos pacientes en la mayoría de ellos, 53 pacientes, lo que corresponde a un 50% de los operados se realizó adenectomía más lipoaspiración; adenectomía sola a 28 pacientes (26,4%) y lipoaspiración exclusiva a 25 pacientes (23,4%). (Tabla 2).

El número de pacientes complicados fue de 4 con hematomas y equimosis (3,8%). Los hematomas fueron drenados en pabellón de cirugía con anestesia general. No hubo infección, seromas, depresión post adenectomía ni otra complicación descrita por la literatura (Tabla 3).

Tabla 1.

Diagnóstico	n	%
Ginecomastia	34	32
Pseudoginecomastia	31	29,2
Ginecomastia y Pseudoginecomastia	41	38,8

Tabla 2.

Cirugía	n	%
Adenectomía	28	26,4
Lipoaspiración	25	23,6
Adenectomía y Lipoaspiración	53	50

Tabla 3.

Complicación	n	%
Hematoma y equimosis	4	3,8
Infección	0	0
Depresión postadenectomía	0	0
Seroma	0	0
Otros	0	0

Discusión

En el adulto normal no hay tejido mamario palpable. La ginecomastia se presenta como una masa palpable en la región mamaria, de consistencia firme o elástica, que varía de 1 a 10 cm de diámetro, situada por detrás y alrededor de la areola. Puede presentarse unilateralmente, pero después de algunos meses o años puede desarrollarse en la otra mama, con o sin asimetría.

Para determinar si es glándula o grasa recurrimos a la mamografía pre-operatoria. Si existe sólo glándula se practica adenectomía. Si sólo existe grasa se practica liposucción. Si coexisten glándula y grasa se practica adenectomía más liposucción.

La mamila y la areola suelen no mostrar cambios significativos, pero en algunos casos hay hipertrofia de las mamilas o las areolas son más anchas. Los síntomas se limitan a discreto dolor local a la palpación, principalmente en adolescentes, pero en la mayoría de los pacientes es asintomática.

La etiología de la ginecomastia es multifactorial, pero en la mayoría de los pacientes puede existir una causa identificable. En un número importante de casos no se conoce la etiología precisa, de manera que es importante evaluar cada caso, para que enfermedades graves causales no pasen inadvertidas. La etiología de esta afección puede ser dividida en fisiológica y patológica.

Etiologías fisiológicas, por un desbalance en la relación de andrógenos y estrógenos, (lo normal es 100:1), los factores hormonales son determinados por la edad:

1. Ginecomastia neonatal o del recién nacido, aparece hasta en un 60% en forma transitoria por el efecto de los estrógenos maternos placentarios (leche de brujas) y desaparece en semanas o meses.

2. Ginecomastia puberal, la más frecuente y la que concuerda con la mayoría de los pacientes de nuestra serie, con una incidencia de 65 % en jóvenes entre 14 y 15 años. Esta condición transitoria desaparece en los últimos años de la adolescencia, con sólo un 7% a los 17 años de edad. De esta forma, lo mejor es esperar por lo menos 2 años a una regresión espontánea. Esta es la que se ve mayoritariamente en nuestro grupo estudiado.

3. Ginecomastia senil o del senescente, en que los cambios hormonales incluyen disminución de la testosterona y un aumento de los estrógenos, aumento de la obesidad; todo esto como un proceso inherente del envejecimiento normal que contribuye a la formación de la ginecomastia. Su prevalencia aumenta con la edad, siendo observado en un 30 a un 57% en los hombres mayores de 45 años de edad⁸.

Etiologías Patológicas, incluyen procesos patológicos causales como:

1. *Disturbios sistémicos*: Insuficiencia hepática, insuficiencia renal, trastornos suprarrenales, tirotoxicosis.
2. *Hipogonadismo*:
 - a) Primario: Adquirido (trauma, infección, torsión, radiación, quimioterapia, etc) o Congénito.
 - b) Secundario: Hipogonadismo hipogonadotrófico, S. de Kallmann, insuficiencia hipofisiaria.
3. *Tumores*: Carcinoma broncogénico, productores de HCG, productores de aromatasa, productores de esteroides. Se debe hacer énfasis en pruebas específicas para su detección lo más precoz posible.
4. *Disturbios congénitos*: Síndromes con resistencia a andrógenos, defectos enzimáticos de producción de testosterona, aumento periférico de aromatasa, S. de Klinefelter, hermafroditismo verdadero.
5. *Drogas-fármacos*: Alcohol, anfetaminas, marihuana, opiáceos, estrógenos, anabolizantes esteroides, quimioterápicos, cimetidina, antidepresivos tricíclicos, etc.
6. *Diversos*: Trauma de pared torácica, fibrosis quística, HIV (después de años de uso de antiretrovirales), obesidad, stress psicológico, etc⁸.

La ginecomastia no se ha asociado a aumento del riesgo de cáncer de mama en el varón⁹.

Las diferentes causas de ginecomastia determinan el manejo terapéutico más apropiado. Una propedéutica minuciosa es indispensable para un buen diagnóstico y su etiología; en la anamnesis hay que considerar edad, signos y síntomas, su duración, uso de drogas, factores alimenticios, etc; así como en el examen físico, observar elementos como testículos, función renal, hepática, obesidad, tumores. Sin duda en el examen lo más importante es la palpación mamaria, donde la mayoría valora para ésta un botón mamario sub-areolar mayor de 2 cm de grosor, que de acuerdo a su consistencia, puede definirla mayoritariamente de grasa cuando es blanda o de proliferación glandular cuando es más firme. Si la palpación es dudosa, la mamografía y la ecografía ganan importancia diagnóstica en determinar el tipo de componente que predomina, lo cual ayuda a definir el tipo de técnica quirúrgica a ser aplicada y también a descartar otros procesos como neoplasias u otros diagnósticos diferenciales como lipomas, fibromas, hipertrofia de pectoral, etc. No olvidar determinar niveles hormonales de testosterona, LH y estradiol¹⁰.

Como se afirmó, la ginecomastia puberal regresa

espontáneamente en la mayoría de casos antes de 2 años, por lo que no suele requerir de tratamiento. Algunos sugieren tratamiento médico con fármacos como Danazol (andrógeno débil, que inhibe la secreción de gonadotropinas), pero no existe unanimidad en su eficacia¹¹. Importante es orientar al paciente sobre el tiempo de evolución estimado de este cuadro, sobre un auto examen periódico, tranquilizarlo con o sin ayuda psicológica, pues se trata en un principio de un estado que regresa la mayoría de las veces. Cuando es el caso de ginecomastia patológica, será dirigido a las causas subyacentes que originaron esta condición.

La principal indicación de intervención quirúrgica ha sido el retraso de la desaparición de los signos y síntomas, cuando persisten por más de 18 a 24 meses, evolucionando inevitablemente a la fibrosis residual local. De esta misma forma, aún cuando se ha efectuado un tratamiento adecuado de causas patológicas, a veces se observa evolución fibrótica mamaria irreversible, secundaria a una enfermedad crónica.

El abordaje y la técnica quirúrgica van a depender de la distribución y proporción de los diversos componentes graso y parenquimatoso, mamarios y del grado de ginecomastia.

En cuanto a las técnicas quirúrgicas descritas en la literatura son 5 tipos:

1. *Adenectomía simple*: Realizada a sólo un 26,4% de nuestra serie.

2. *Liposucción simple*: Realizada a pacientes con pseudoginecomastia exclusiva, en nuestra serie fue un 23,4%.

3. *Adenectomía más liposucción*: lo más frecuente 50%, en nuestra serie existe un aumento importante de la obesidad, lo que nos puede explicar tanto el aumento de liposucción simple como él de este procedimiento combinado.

4. *Adenectomía más resección cutánea*: Cuando hay exceso cutáneo por grandes ginecomastias o mamas muy ptósicas, es necesario trasladar o reinsertar el complejo areola-pezones, por una incisión en media luna superior o en omega para resecar la piel excedente y subir el complejo. No visto en nuestra serie, ya que es una serie de pacientes jóvenes con un promedio de 24 años y donde el mayor sólo tiene 50 años¹².

En este grupo de pacientes jóvenes la liposucción es la mayoría de las veces suficiente para producir retracción cutánea, no requiriendo resección de piel, tal como ocurrió con nuestros pacientes.

5. *Lipoaspiración Ultrasónica*: En boga en las últimas publicaciones, el efecto del ultrasonido directo sobre el parénquima glandular produciría destrucción de este sin necesidad de realizar exéresis quirúrgica complementaria, bastaría con la succión

de la grasa y del parénquima como tratamiento, no se dispone aún con facilidad del aparato de liposucción ultrasónica, sólo disponible en algunos centros privados, por lo que no fue utilizado en nuestra casuística. Lo mismo ocurre con la liposucción con Láser.

Dentro de los cuidados postoperatorios, el paciente debe usar camisetitas de compresión o faja durante aproximadamente 1 mes. Los drenajes aspirativos se retiran a los 2 ó 3 días, previo al alta. Se recomiendan ejercicios físicos sólo a partir de la 3ª semana. Se espera que la inflamación regrese progresivamente, observando resultados definitivos a los 3 meses.

La complicación quirúrgica más frecuente es el hematoma, tal como se ve en nuestra serie (4 pacientes). Como complicaciones estéticas pueden producirse, tal como se ha descrito mal posiciones, depresiones, necrosis, cicatrices hipertróficas o ensanchadas, lo que no se observó en nuestra serie. El exceso de piel es más común en pacientes de edad que en individuos jóvenes, lo que concurda aquí reportado y puede ser corregido posteriormente, pues muchos pacientes tienen retracción de piel satisfactoria gracias a la liposucción. Pensamos que la escasa cantidad de complicaciones de nuestra serie se debe a dos factores; el cuidado técnico quirúrgico adecuado pre, intra y post-operatorio; y a que son un grupo ideal de pacientes jóvenes sin grandes patologías agregadas, como suele ocurrir en pacientes de mayor edad.

La ginecomastia es relativamente frecuente en el período puberal, suele iniciarse de forma unilateral, en ocasiones dolorosa y puede evolucionar posteriormente en forma bilateral. En general, se resuelve espontáneamente en un período de 12 a 18 meses, tal como ocurre en nuestra serie que, a pesar de tener un número tan elevado de jóvenes todos los años, sólo un pequeño número es el que llega a cirugía.

En el anciano su frecuencia aumenta con la edad y su diagnóstico se debe efectuar sólo por exclusión, pues en este período las diversas enfermedades que pueden producir ginecomastia son muy frecuentes.

La ginecomastia, además de provocar deformidades estéticas, provoca alteraciones psicológicas en el paciente. Es mejor pensar que es más sencillo y menos complicado el tratamiento quirúrgico en las ginecomastias que no regresan espontáneamente (persistencia de más de dos años). Siempre se debe buscar el retorno al aspecto normal del tórax mas-

culino con la menor cantidad de cicatrices posibles. La liposucción se consagra como una técnica quirúrgica importante a ser aplicada cuando, además de la ginecomastia, existe grasa redundante. Si existe sólo grasa con mayor razón la liposucción tiene su aplicación. Cabe destacar que cuando existe la combinación de Ginecomastia y Pseudoginecomastia (grasa) y tan sólo se practica la adenectomía, el contorno no se mejora, aún más, se deforma por la resección central. Lo que se debe realizar, además de la adenectomía, es la lipoaspiración de la grasa que rodea la ginecomastia. Sólo de ésta forma se mejora el aspecto estético.

Referencias

1. Calderón W, Cabello R. Ginecomastia. Cirugía Plástica, W. Calderón, Sociedad Cirujanos de Chile 2001, Cap. 57: 585-592.
2. Mladick R. Gynecomastia. *Aesthetic Surg J* 2004; 24: 471-479.
3. Rohrich R, Ha R, Kenkel J, Adams W. Classification and Management of Gynecomastia: Defining the role of ultrasound-assisted liposuction. *Plast Reconstruct Surg* 2003; 111: 909-923.
4. Braunstein G. Gynecomastia. *N Engl J Med* 1993; 328: 490-495.
5. Courtiss E. Gynecomastia: analysis of 159 patients and current recommendations for treatment. *Plast Reconstruct Surg* 1987; 79: 740-750.
6. Webster J. Mastectomy for gynecomastia through a semicircular intraareolar incision. *Ann Surg* 1946; 124: 557-575.
7. Teumourian B, Pearlman R. Surgery for gynecomastia. *Aesthetic Plast Surg* 1983; 7: 155.
8. Neuman J. Evaluation and treatment of Gynecomastia. *Am Fam Physician* 1997, 55: 1835.
9. Jiménez M, Díez N, García A. Cáncer bilateral de mama en el varón. *Revista Senología y Patología Mamaria* 1996; 9: 199-203.
10. Pensler J, Silverman B, Sanghavi J, Goolsby C, Speck G, Brizio-Molteni L. Estrogen and progesterone receptors in gynecomastia. *Plast Reconstruct Surg* 2000; 106: 1011-1013.
11. 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.
12. Davidson B. Concentric circle operation for massive gynecomastia to excise the redundant skin. *Plast Reconstruct Surg* 1979; 63: 350-355.