

Tratamiento de la ginecomastia



Dr. Jaime A. García Pérez⁽¹⁾, Ana Azahara García Ortega⁽²⁾

⁽¹⁾ Miembro de la Asociación Española de Cirugía Estética Plástica (AECEP).

⁽²⁾ Colaboradora del Dr. Jaime García Pérez. Hospital Virgen del Mar, Almería

Resumen:

La ginecomastia se define como el aumento anormal uni- o bilateral de las mamas en el varón y representa la patología mamaria más frecuente en el sexo masculino. Clínicamente, se trata de una masa firme o elástica situada por detrás de la areola y alrededor de la misma, y en general constituye un proceso bilateral. Presenta una incidencia importante en adolescentes, en los cuales el impacto emocional que conlleva esta alteración de la forma y el tamaño de la mama masculina puede desencadenar un comportamiento de ocultación en el desarrollo de la vida cotidiana.

El uso de la liposucción sola o combinada con la exéresis de glándula y piel en la ginecomastia ha mejorado considerablemente los resultados obtenidos tanto en la forma como en la calidad y en las dimensiones de las cicatrices.

A diferencia de la mama femenina, el ideal de belleza de la mama masculina se caracteriza por un polo inferior hipoplásico, un polo superior relleno y un complejo areola-pezones ovalado, con su eje mayor oblicuo con ascensión lateral; todo esto sitúa el complejo areola-pezones en una posición muy inferior y mirando hacia abajo. Ésta es la situación que intentaremos reproducir con el tratamiento quirúrgico a través de diferentes técnicas.

Palabras clave: ginecomastia, liposucción, masculina.

INTRODUCCIÓN

La ginecomastia (literalmente “mama de mujer”) se define como el aumento anormal uni- o bilateral de las mamas en el varón, y representa la patología mamaria más frecuente en el sexo masculino. Clínicamente, se trata de una masa firme o elástica situada por detrás de la areola y alrededor de ella; en general es un proceso bilateral y presenta una incidencia importante en adolescentes, en los cuales el impacto emocional que conlleva esta alteración de la forma y el tamaño de la mama masculina puede desencadenar 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 periodo neonatal, puberal y senil, que pueden considerarse fisiológicas, el aumento del tamaño de la mama en un varón debe considerarse un hecho patológico. En muchos casos se desconoce la etiología precisa. No obstante, es necesario valorar cuidadosamente a cada paciente de modo que la detección de enfermedades graves no pase inadvertida. Por lo tanto, dividiremos las ginecomastias en fisiológicas y patológicas, considerando en este último grupo los aumentos del volumen de la mama en el hombre

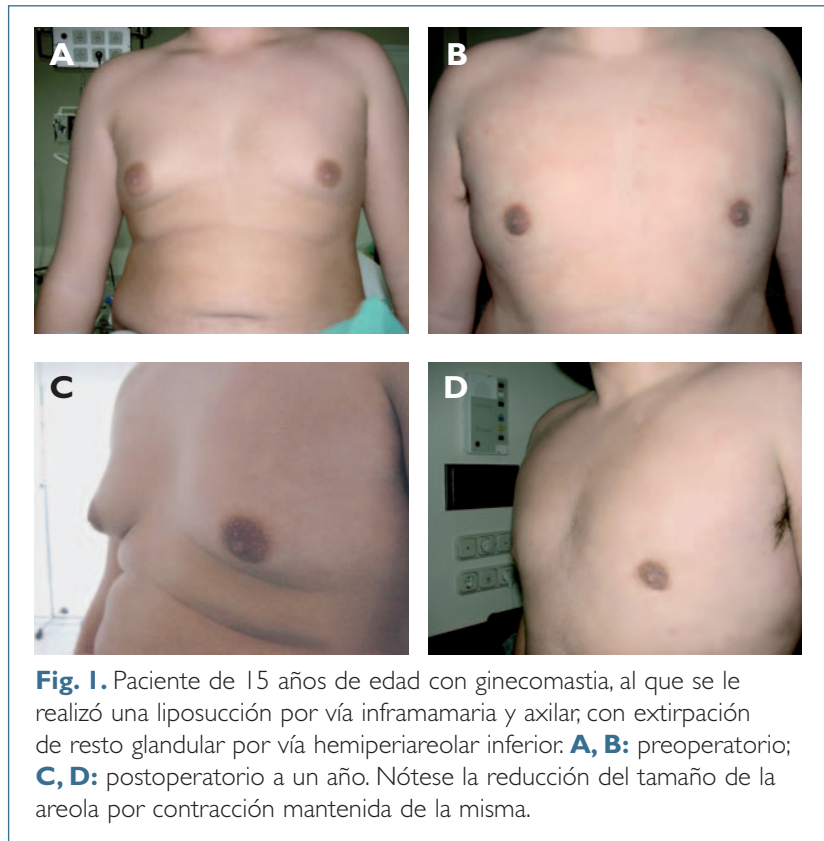
que tienen como etiología procesos patológicos tales como trastornos sistémicos (insuficiencia renal, insuficiencia hepática, hipo-/hipertiroidismo, hipogonadismo, enfermedades neoplásicas, obesidad, etc.), déficit de testosterona (anorquia, síndrome de Klinefelter, enfermedades testiculares crónicas, 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 y anti-depresivos tricíclicos, entre muchos otros descritos).

DIAGNÓSTICO

Clínicamente, la enfermedad suele manifestarse como una tumoración firme subareolar, que puede alcanzar tamaños similares a los de una mama normal. Algunos autores consideran necesario como criterio diagnóstico un aumento mamario superior a 2 cm; sin embargo, otros afirman que es suficiente un incremento de 0,5 cm. La mayoría son asintomáticos y, si estos síntomas tienen lugar, suelen responder a elevada sensibilidad, dolor o molestias a nivel del pezón.

En adolescentes no obesos se observa un patrón histológico de proliferación de tejido ductal e hipervascularización. En cambio, en individuos obesos se evidencia estroma fibroso acelular y escasos signos de proliferación ductal junto con predominancia de tejido graso. En varones que han sufrido una importante pérdida de peso puede existir un exceso de tejido cutáneo que puede simular una ginecomastia (pseudoginecomastia).

Para establecer un diagnóstico etiológico apropiado es importante obtener información en la historia clínica acerca de la duración de la enfermedad, los antecedentes de enfermedades sistémicas, los desequilibrios hormonales, la toma de fármacos o drogas, y la pérdida o ganancia importante de peso. Durante la exploración física, aparte de definir el tamaño mamario, es conveniente explorar los testículos, el tiroides y el hígado. En las pruebas de



laboratorio deben incluirse los parámetros que informan sobre función renal y hepática. Asimismo, en algunos casos también es necesario obtener determinación en suero y orina de esteroides sexuales específicos y sus metabolitos.

En caso de sospecha de un proceso maligno se requerirá una confirmación histopatológica. Y, finalmente, si se considera necesario el tratamiento quirúrgico, será de gran utilidad un estudio mamográfico para planificar la intervención.

CONSIDERACIONES ESTÉTICAS DE LA MAMA MASCULINA

A diferencia de la mama femenina, el ideal de belleza de la mama masculina se caracteriza por un polo inferior hipoplásico, un polo superior relleno y un complejo areola-pezón ovalado, con su eje mayor oblicuo con ascensión lateral; todo esto sitúa el complejo areola-pezón en una posición muy inferior, y mirando hacia abajo en contraste claro con el ideal estético de mama femenina. Este polo superior relleno cobra en la actualidad mayor importan-

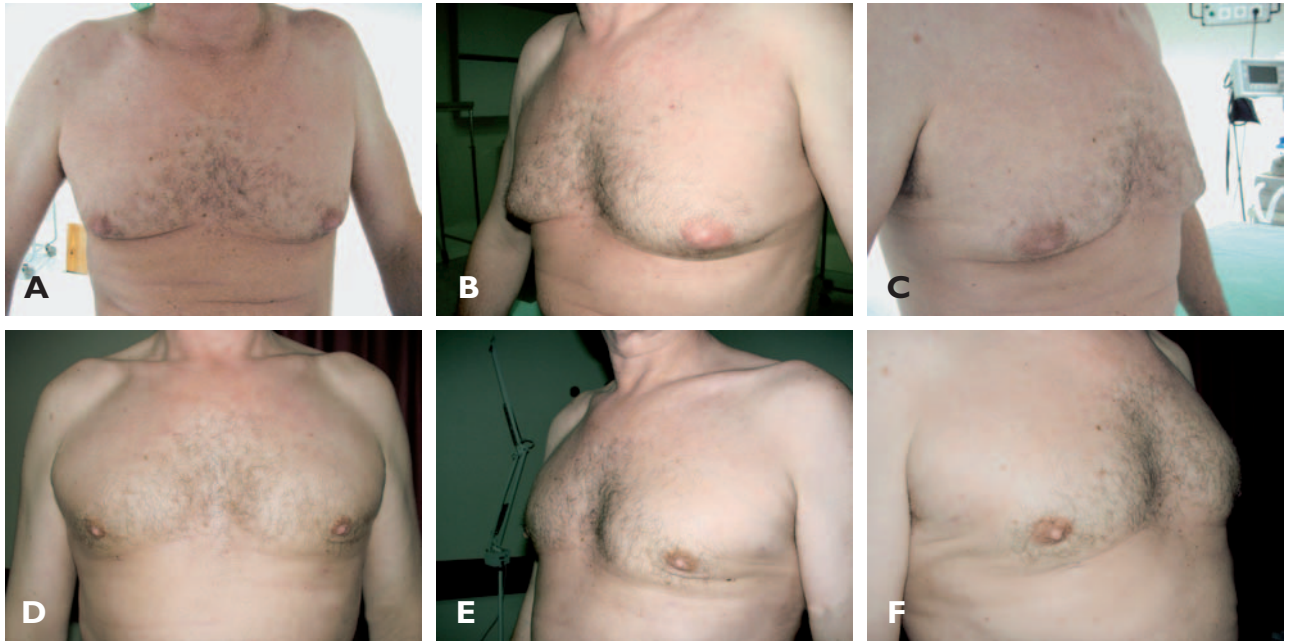


Fig. 2. Paciente de 47 años de edad con lipomastia y exceso moderado de piel. **A, B, C:** preoperatorio; **D, E, F:** postoperatorio tras lipoaspiración de 700 cc de cada mama. Nótese el relleno del polo superior de la mama, que confiere un aspecto más atlético.

cia debido a que el prototipo actual es el tórax musculoso, motivo por el que a veces se solicita una actuación sobre esta zona para aumentarla.

Cuando se desarrolla una ginecomastia, la feminización comienza por el aumento del polo inferior, la areola se redondea y expande, y asciende la posi-

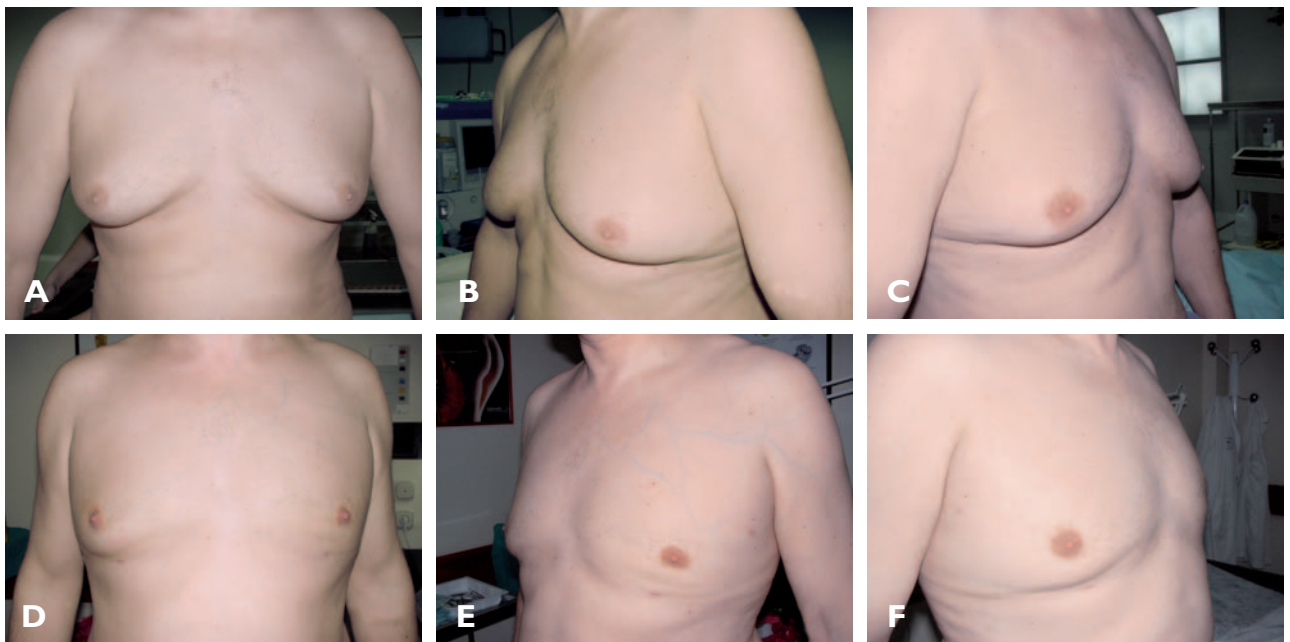


Fig. 3. Paciente de 47 años de edad con lipomastia. **A, B, C:** preoperatorio; **D, E, F:** postoperatorio tras liposucción axilar de 500 cc de cada mama. Nótese la retracción cutánea, y la mejor definición muscular.

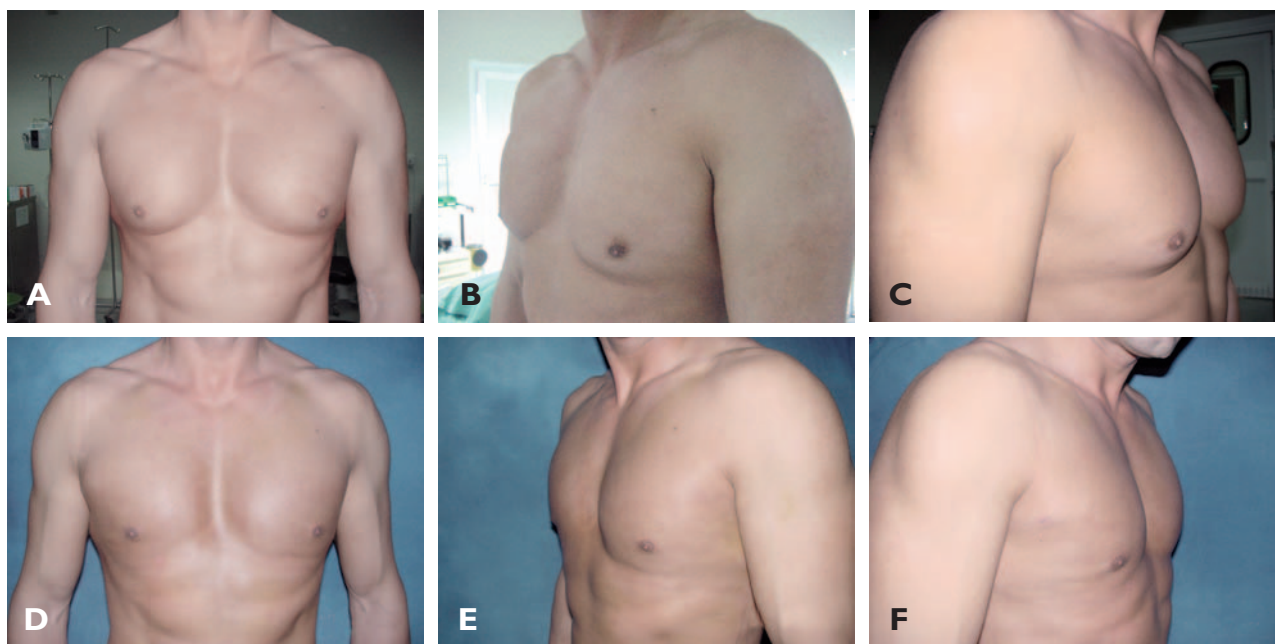


Fig. 4. Paciente de 39 años de edad con ginecomastia inducida por anabolizantes. **A, B, C:** vista preoperatoria; **D:** *planning* quirúrgico de liposucción axilar; **E, F, G:** postoperatorio tras aspirado de 200 cc por mama.

ción del complejo areola-pezón con respecto a la mama. Existen diferentes grados de expresión de ésta, que varía desde la simple tumescencia retroareolar, hasta el desarrollo de una mama con aspecto claramente femenino. Todos estos cambios son los que intentaremos revertir, dando al tórax de nuevo un aspecto lo más masculino posible.

CIRUGÍA

El uso de la liposucción sola o combinada con la exéresis de glándula y piel en la ginecomastia ha mejorado considerablemente los resultados obtenidos tanto en la forma como en la calidad y las dimensiones de las cicatrices. Cuando se plantea el abordaje de la mama, se atiende a tres parámetros: volumen y tipo de tejido que se va a resear, tamaño y forma de el complejo areola-pezón, y exceso y calidad de la piel. Se marca la zona que se va a resear, tratando el polo inferior para delimitar el borde lateral del músculo pectoral, conservando el tejido (parénquima o grasa) en el polo superior, pues este volumen aparentará corresponder a volumen muscular. El abordaje se efectúa por vía axilar y submamaria para la liposucción, y periareolar para la exéresis. La mayoría de las intervenciones se realizan

con anestesia local (técnica tumescente) más sedación. Se empieza por la liposucción de la zona marcada, tras lo cual se valora la necesidad o no de eliminar más tejido, de modo abierto; cuando se trata de una verdadera lipomastia, la liposucción es suficiente, incluso con excesos importantes de piel. En adolescentes se suelen encontrar placas de tejido mamario resistente a la aspiración, por lo que normalmente se realiza una incisión periareolar inferior para eliminar estas placas; se ha encontrado que el uso previo de la liposucción facilita enormemente la exéresis de tejido, haciendo que la transición entre la zona tratada y las no tratada tenga un aspecto muy natural, al tiempo que, gracias a la liposucción superficial, se consiguen retracciones de piel importantes, incluso de areola. En algunos casos más severos que precisan de eliminación cutánea se emplea un abordaje periareolar, con pedículo superior dando una forma ovalada a la nueva areola, a diferencia de cuando se utiliza esta técnica como mastopexia en mujeres, donde se intenta que sea lo más redonda posible. El uso de drenajes depende de cada caso, y nunca cuando no se hace cirugía abierta. En el postoperatorio, los pacientes usan camiseta de presoterapia durante 20 días, y las suturas son retiradas a los 5 días y a los 12 días.

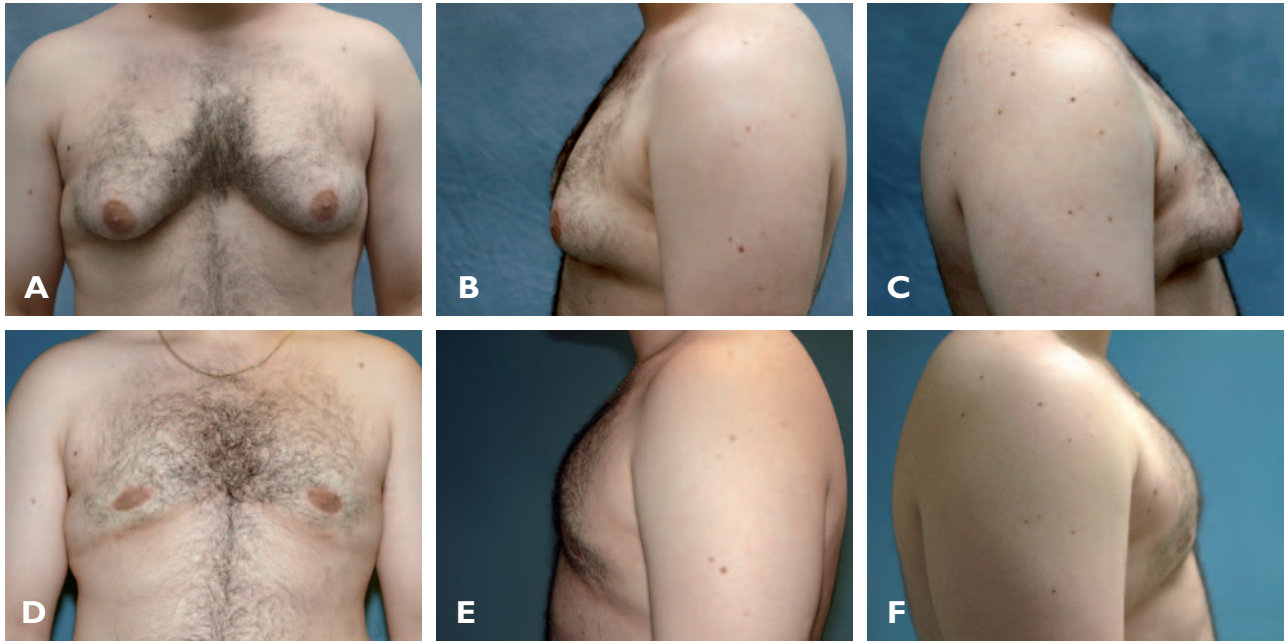


Fig. 5. Paciente de 18 años de edad con ginecomastia severa. **A, B, C:** vista preoperatoria; **D, E, F:** postoperatorio tras aspirado de 50 cc por mama y mastectomía con mastopexia periareolar. Nótese el aspecto atlético que proporciona el relleno del polo superior y la posición y la forma del complejo areola-pezón.

DISCUSIÓN

Dado que este problema aparece con cierta frecuencia en la adolescencia coincidiendo con la maduración de la identidad sexual de los pacientes, en los que el impacto emocional que conlleva esta alteración de la forma y el tamaño de la mama masculina puede desencadenar un comportamiento de ocultación en el desarrollo de la vida cotidiana, es especialmente importante poder ofrecerles un tratamiento eficaz con las mínimas secuelas posibles, y actualmente disponemos de medios más que suficientes para ello. El abordaje de estos pacientes incluye siempre un estudio hormonal completo, para descartar patología asociada, y una mamografía, que descartará la presencia de neoplasia y proporcionará información acerca de la cantidad de tejido graso existente en las mamas, y con esto la probabilidad de éxito sólo con lipoaspiración.

Desde 2004 hemos tratado a 25 pacientes (Figs. 1-5) a los que hemos planteado la cirugía tratando sólo el polo inferior de la mama; el relleno que queda en el polo superior intenta simular la hipertrofia del músculo pectoral, similar a la que se obtendría con un programa de gimnasio. Entre

éstos encontramos cuatro grupos: adolescentes con ginecomastia verdadera, adultos con lipomastia, adultos con ginecomastia verdadera, y adultos con motivo puramente estético para mejorar el resultado del entrenamiento continuado en el gimnasio. En todos ellos la cirugía se realizó bajo anestesia local, y con carácter ambulatorio, y la incorporación a sus actividades habituales se produjo entre los 8 y los 15 días posteriores a la cirugía; como complicaciones tuvimos un hematoma, que no requirió drenaje, en un caso, y una cicatriz de mala calidad en dos casos, consistente en la umbilicación del acceso submamario con la abducción del brazo (esta umbilicación cedió espontáneamente en unos meses); permanencia de tejido en polo inferior en dos casos en los que no se realizó cirugía abierta. Se trata, pues, de un procedimiento seguro predecible y con baja morbilidad. El creciente número de varones que son habituales de gimnasios y centros de *fitness* que, a pesar de presentar un aspecto musculoso, desean mejorarlo con cirugía, es un hecho; es en estos pacientes en especial donde la conservación del relleno del polo superior es muy importante, siendo en algunos casos una alternativa al implante pectoral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Balch CR. Transaxillary incision for gynecomastia. *Plast Reconstr Surg.* 1978; 61: 13-6.
2. Benelli L. A new periareolar mammoplasty: the "Round Block" technique. *Aesth Plast Surg.* 1990; 14: 93.
3. Bostwick III. *Plastic and reconstructive breast surgery.* Vol II. St. Louis: Quality Medical Publishing, Inc.; 1990. p. 468-77.
4. Braunstein GD. Gynecomastia. *N Engl J Med.* 1993; 328: 490-5.
5. Felicio Y. Periareolar reduction mammoplasty. *Plast Re-constr Surg.* 1991; 88: 789.
6. Hinderer UT. Circumareolar dermo-glandular plication: a new concept for correction of breast ptosis. *Aesth Plast Surg.* 2001; 25: 404-20.
7. Nuttall FQ. Gynecomastia as a physical finding in normal men. *J Clin Endocrinol Metab.* 1979; 48: 338-40.
8. Pitanguy I. Transareolar incision for gynecomastia. *Plast Reconstr Surg.* 1966; 38: 414.
9. Toledo S, Matsudo RKP. Mammoplasty using liposuction and the periareolar approach. *Aesth Plast Surg.* 1989; 13: 9.
10. Webster JP. Mastectomy for gynecomastia through asemicircular intra-areolar incision. *Ann Surg.* 1946; 124: 557-75.

Dirección de contacto:
Hospital Virgen del Mar
Carretera del Mamí, Km. 1
04120 Almería