

Ginecomastia puberal. Revisión de nueve casos

M.L. Martínez del Castillo, O. Maderna Graciano, F. Camacho González,
N. García Soldevilla, J. Gaztambide Casellas

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Materno-Infantil. Málaga.

RESUMEN: La ginecomastia presenta mayor incidencia en la adolescencia. Se realiza un estudio retrospectivo de los casos diagnosticados y tratados quirúrgicamente en nuestro hospital en los últimos seis años. Se revisan nueve pacientes, con una edad media de 10,4 años (rango 9-12), en el momento de inicio de la ginecomastia. En todos los casos se observó una afectación mamaria bilateral, que fue simétrica en seis pacientes (67%) y asimétrica en tres (33%). Tras un período de evolución medio de 24 meses, todos fueron tratados quirúrgicamente (mastectomía subcutánea subtotal). Dos pacientes desarrollaron complicaciones en el postoperatorio inmediato (infección de la herida y hematoma), no observándose ninguna a largo plazo, tras un período de seguimiento medio de 11 meses. No fueron necesarias reintervenciones, siendo excelentes los resultados estéticos en todos los pacientes. Se expone una sistemática de manejo integral de esta patología, cuyo tratamiento quirúrgico de elección es la mastectomía subcutánea subtotal, por ser una técnica sencilla, con mínima morbilidad postoperatoria y excelentes resultados estéticos.

PALABRAS CLAVE: Ginecomastia; Adolescencia; Tratamiento quirúrgico.

PUBERAL GYNAECOMASTIA: OUR EXPERIENCE

ABSTRACT: Gynaecomastia is more frequent during the adolescence. In this paper, a retrospective study of nine cases diagnosed and treated on a period of six years is presented.

The reports of nine patients are reviewed. The mean age at diagnosis was 10.4 years (range 9-12). In all cases a bilateral mammary hypertrophy was detected, symmetrical in 6 cases (67%) and asymmetric in 3 (33%).

After a mean follow-up period of 24 months, surgical treatment was indicated: a subtotal subcutaneous mastectomy was performed in all nine cases. Only two patients developed early complications: one wound infection and one haematoma. The long-term plastic results were satisfactory after a mean follow-up postoperative period of 11 months. The general management of this kind of pathologic process is presented.

Correspondencia: Dra. M.L. Martínez del Castillo, Paseo de Reding 47, 8°-3, 29016 Málaga.

Recibido: Marzo 2000

Aceptado: Febrero 2003

In the authors experience the elective surgical procedure is the subtotal subcutaneous mastectomy as simple procedure with a very short morbidity and excellent plastic results.

KEY WORDS: Gynaecomastia; Adolescence; Surgical treatment.

INTRODUCCIÓN

La ginecomastia consiste en un aumento visible o palpable, y generalmente benigno, de la mama en el varón. Aunque puede presentarse a cualquier edad, tiene un pico de incidencia máximo durante la adolescencia, en torno a los 14 años.

Etiológicamente se describen dos tipos de ginecomastia, fisiológica y patológica (que a su vez puede ser idiopática, familiar o secundaria a enfermedades o drogas).

La ginecomastia puberal es generalmente fisiológica, y obedece a variaciones en la dinámica hormonal, reduciéndose gradualmente en 1 o 2 años, hasta desaparecer. Por tanto, en la mayoría de los casos es suficiente con tranquilizar al paciente y su familia e informarles acerca de la naturaleza benigna y transitoria de esta entidad. Sin embargo, los casos que persisten más de un año, presentan manifestaciones clínicas, ocasionan problemas psicológicos o son resistentes al tratamiento conservador, son subsidiarios de cirugía.

Desde que Pablo de Aegina (690-635 a.C.) realizó la primera intervención quirúrgica de una ginecomastia, se han descrito numerosas técnicas. En nuestro caso, dada la limitación del tejido mamario a la zona retroareolar, se optó por realizar una mastectomía subcutánea subtotal a todos los pacientes, obteniendo una completa remoción del tejido glandular, con mínimas complicaciones y excelentes resultados estéticos y psicológicos.

El objetivo de este estudio es aportar nuestra experiencia en esta patología y establecer una sistemática para su diagnóstico y tratamiento.



Figura 1. Ginecomastia bilateral simétrica en varón de 10 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante el período comprendido entre enero de 1993 y marzo de 1999, fueron intervenidos nueve varones diagnosticados de ginecomastia. La edad de inicio del proceso osciló entre 9 y 12 años, siendo la edad media 10,4 años. En todos los casos presentó una distribución bilateral, con afectación de ambas mamas (Fig. 1), que fue simétrica en seis casos (67%) y asimétrica en tres (33%).

El principal motivo de consulta fue el aumento de tamaño mamario, de forma progresiva, y generalmente indoloro, salvo en tres pacientes, en los que existía una historia asociada de mastalgia ocasional. Ningún paciente había presentado secreción a través del pezón.

La exploración física puso de manifiesto un aumento de tamaño, tanto mamario (superior a 5 cm de diámetro) como del complejo areola-pezón (superior a 2,5 cm, llegando en un caso a 6 cm). La palpación objetivó un engrosamiento mamario de localización retroareolar y consistencia homogénea. En todos los pacientes se realizó además una exploración testicular, presentando un tamaño y consistencia normales y una localización intraescrotal en el 100% de los casos. En un paciente se detectó un hipospadias coronal. Se observó obesidad en siete pacientes (78%).

En cuanto a las exploraciones complementarias, se realizaron determinaciones hormonales en sangre y orina a los nueve pacientes, siendo normales en todos excepto en uno, en el que se detectó un déficit de 3β -ol-deshidrogenasa, y estudios genéticos en todos los casos, que revelaron un cariotipo masculino normal. Se realizaron estudios radiológicos en dos pacientes, consistentes en ecografía mamaria en un

caso y mamografía en otro, que pusieron de manifiesto una ginecomastia de predominio glandular, así como una ecografía testicular en ambos, que fue normal.

El diagnóstico fue ginecomastia fisiológica en ocho casos (asociando seis de ellos obesidad) y ginecomastia puberal secundaria a hiperplasia suprarrenal congénita en el caso restante.

Se instauró un tratamiento con hidroaltesona al paciente diagnosticado de hiperplasia suprarrenal congénita, así como medidas dietéticas a cinco de los siete pacientes que asociaban obesidad. A pesar de estas medidas conservadoras, y tras un período de evolución medio de 24 meses (rango 12-36), se optó por un tratamiento quirúrgico en todos los casos, siendo las principales indicaciones: problemas psicológicos y sociales en ocho pacientes, tamaño mamario excesivo en dos y fracaso del tratamiento médico en uno.

Se realizó una mastectomía subcutánea subtotal: mediante una incisión de Webster o periareolar inferior (excepto en un caso en que se utilizó una incisión en omega invertida) se procedió a la disección y exéresis de todo el tejido glandular y/o adiposo de la mama, dejando una pastilla de tejido, de 1,5-2 cm de grosor, bajo el complejo areola-pezón. Se dejaron drenajes aspirativos de redón que se exteriorizaron a nivel axilar, y se procedió al cierre por planos. Los drenajes se retiraron en 48-72 horas y los pacientes fueron dados de alta del hospital entre el 2º y el 8º día postoperatorio (media 4,5 días).

El informe anatomopatológico confirmó el diagnóstico inicial, con ginecomastia glandular en ocho casos y ginecomastia de predominio adiposo en el caso restante (correspondiente al déficit de 3β -ol-deshidrogenasa).

RESULTADOS

Sólo dos pacientes presentaron complicaciones postoperatorias a corto plazo infección de la herida y hematoma, el segundo y tercer día postoperatorio, respectivamente.

No se observaron complicaciones a largo plazo, después de un período de seguimiento ambulatorio de 10 meses, no siendo necesario reintervenir a ningún paciente.

Los resultados estéticos fueron excelentes en todos los casos (Fig. 2) excepto en dos, que presentaron una umbilicación del pezón al primer y segundo mes de la cirugía, respectivamente, defecto que desapareció sin dejar secuelas el cuarto mes postoperatorio.

Se observó un elevado grado de satisfacción tanto en los pacientes como en sus familiares, con desaparición de los problemas psicológicos y sociales.

DISCUSIÓN

La ginecomastia es un proceso que afecta exclusivamente al varón y consiste en un aumento mamario, generalmente benigno, que puede ser transitorio o permanente⁽¹⁻⁵⁾.

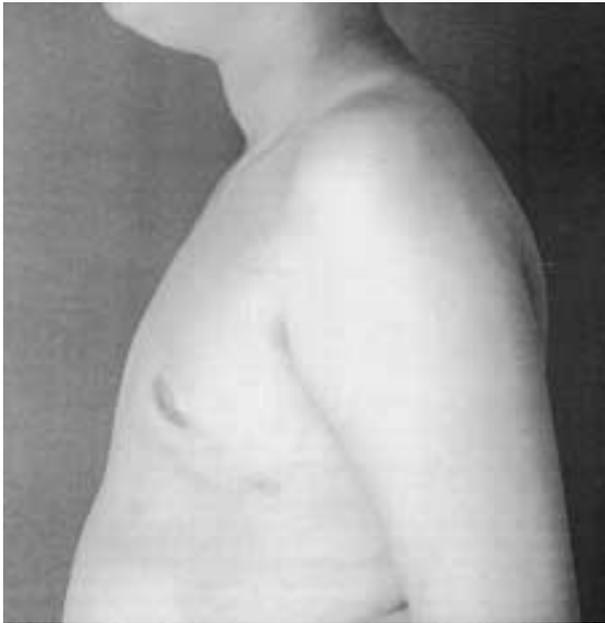


Figura 2. Aspecto del mismo paciente tras la cirugía.

Aunque aproximadamente el 75% de los casos son bilaterales, es frecuente que en los estadios iniciales sólo exista afectación de una mama, pudiendo ésta comenzar a crecer y ser dolorosa meses o años antes que la otra⁽⁶⁾.

La mayoría de las ginecomastias comparte una base fisiopatológica común: el aumento absoluto o relativo de la concentración de estrógenos circulantes, existiendo una evidencia clara del efecto trófico que ejercen los estrógenos sobre el tejido mamario⁽⁷⁾. En algunos casos parece existir un aumento de la sensibilidad mamaria a los estrógenos, presentando éstos unos niveles normales⁽³⁾.

Existen dos tipos de ginecomastia: fisiológica y patológica. La primera constituye la mayoría de los casos⁽⁸⁾ y puede observarse en determinados momentos de la vida del varón debido a la existencia de situaciones favorables: neonatal, por la acción de los estrógenos fetoplacentarios; puberal, debido al desequilibrio estrógeno-androgénico; y senil, secundariamente a insuficiencia testicular y aumento de grasa corporal^(1-3, 7, 9-11). La ginecomastia patológica, menos frecuente, puede ser idiopática⁽¹²⁾; familiar, que se hereda de forma autosómica dominante o ligada al cromosoma X^(1, 3); y secundaria a enfermedades (Tabla I) o fármacos (Tabla II).

Las manifestaciones clínicas no guardan correlación con el agente causal de la ginecomastia⁽¹³⁾, pudiendo permanecer asintomática o presentarse con un aumento de tamaño evidente⁽³⁾. Con frecuencia es dolorosa, pero sólo significativamente en el 10-20% de los casos⁽¹⁾. Más rara es la presencia de secreciones a través del pezón, en forma de sangre o pus^(1, 14). Además de los problemas estéticos que conlleva, la ginecomastia produce problemas psicológicos, especialmente en la edad puberal, constituyendo éste uno de los principales motivos de consulta⁽¹⁾.

Tabla I Ginecomastia asociada a enfermedades

| |
|---|
| <i>Endocrinopatías</i> |
| • Insuficiencia testicular |
| Primaria: |
| - Anorquia congénita |
| - Regresión testicular fetal |
| - Síndrome de Klinefelter |
| - Defectos en la síntesis de testosterona |
| - Resistencia androgénica |
| Secundaria: |
| - Castración |
| - Atrofia testicular |
| • Alteraciones suprarrenales |
| • Alteraciones hipofisarias |
| • Hipertiroidismo |
| • Hermafroditismo |
| <i>Tumores</i> |
| • Testiculares |
| Teratoma |
| • No testiculares |
| <i>Enfermedades crónicas</i> |
| • Hepáticas |
| • Renales |
| • Pulmonares |
| • Metabólicas |
| - Obesidad |
| - Cambios ponderales |
| • Neurológica |
| • Psicológicas |
| - Estrés |

Se comenzará el estudio de toda ginecomastia realizando una anamnesis en relación a la edad de inicio (las ginecomastias prepuberales pueden ser secundarias a una patología importante, que debe ser investigada, mientras que las puberales suelen ser fisiológicas) y el tiempo de evolución (que influye en el tipo histológico y el tratamiento). Se deben investigar las manifestaciones clínicas, historia familiar de ginecomastia, cambios ponderales recientes, enfermedades, fármacos o drogas.

La exploración debe incluir una valoración del tamaño mamario y areolar, existiendo un 2% de ginecomastias a expensas únicamente de la hipertrofia areolar. Asimismo, se valorará la morfología, y se registrará mediante fotografías, que se compararán con las postoperatorias⁽²⁾. Se realizará una palpación mamaria para diferenciar una ginecomastia glandular, de consistencia firme, de una adiposa, más blanda.

Se investigarán los signos de feminización, tales como eunuquismo, distribución ginecoide del vello o anomalías testiculares, valorando su tamaño, consistencia y la presencia de nódulos^(3, 9, 15). La asimetría en el tamaño testicular o la exis-

Tabla II Ginecomastia asociada a fármacos hormonas

| |
|--|
| <i>Hormonas</i> |
| <ul style="list-style-type: none">• Estrógenos• Testosterona• Gonadotropinas• Progesterona |
| <i>Digitálicos</i> |
| <ul style="list-style-type: none">• Digoxina• Digitoxina |
| <i>Citotóxicos</i> |
| <ul style="list-style-type: none">• Vimblastina• Vincristina• Bleomicina• Busulfán• Cisplatino• Metotrexato |
| <i>Inhibidores de la testosterona</i> |
| <ul style="list-style-type: none">• Cimetidina• Espironolactona• Ciproterona• Flutamida |
| <i>Otros</i> |
| <ul style="list-style-type: none">• Clofibrato• Vitamina D• Ketoconazol |

tencia de nódulos, pueden indicar un tumor. Si los testes son simétricos, pero menores de 3 cm, se debe solicitar un cariotipo para descartar un síndrome de Klinefelter, debido a la mayor frecuencia en estos pacientes de ginecomastia y cáncer mamario^(3, 7).

El cariotipo y las determinaciones hormonales son las principales exploraciones complementarias, estando justificado un análisis endocrino a todo adolescente con ginecomastia, ante la posibilidad de que asocie un problema subyacente⁽¹⁶⁾.

Para la mayoría de los autores, el aspecto histológico depende del tiempo de evolución^(7, 9, 17), de forma que en los estadios iniciales predomina el tipo florido, con proliferación ductal y estroma laxo y escaso, y en procesos de más de 12 meses de evolución predomina el tipo fibroso, con regresión de la proliferación ductal y un estroma denso y abundante. Algunos autores atribuyen los tipos histológicos a diferencias etiológicas, más que a cambios evolutivos⁽¹⁸⁾.

La radiología aporta poca información, salvo en casos seleccionados, pudiendo la TAC tener utilidad, por ejemplo, para hacer el diagnóstico diferencial con un rhabdomioma de pared torácica⁽¹⁹⁾.

Aunque el cáncer de mama es raro y no existe evidencia de que la ginecomastia pueda desencadenarlo, se han pre-

sentado algunos casos de cáncer en mamas con ginecomastia⁽²⁰⁾. Por eso se debe estudiar histológicamente el tejido resecado⁽²¹⁾.

Ante la sospecha de cáncer se puede solicitar una mamografía, aunque el diagnóstico de certeza es histológico mediante biopsia, debiéndose limitar su realización a las ginecomastias con riesgo de desarrollar carcinoma, como es el caso de los varones de corta edad o con síndrome de Klinefelter^(7, 9).

El diagnóstico diferencial se realizará, fundamentalmente con el carcinoma y con la hipertrofia de los músculos pectorales^(2, 3).

La ginecomastia puberal, en su mayoría fisiológica, en el 90% de los casos cede espontáneamente en un período inferior o igual a tres años, pero si se instaura tratamiento cede en un período inferior a un año⁽³⁾. Por este motivo, en la mayoría de los casos es suficiente tranquilizar al paciente y su familia, aunque posteriormente, en algún caso, pueda estar indicada la cirugía^(7, 10). La ginecomastia secundaria cede al tratar la enfermedad de base o al retirar el fármaco^(5, 7). El resto, suele precisar tratamiento, que puede ser farmacológico o quirúrgico⁽¹³⁾.

El tratamiento farmacológico suele ser de tipo hormonal, con testosterona o antiestrógenos, aunque no está exento de efectos secundarios y la ginecomastia puede recaer al suspenderlo⁽⁷⁾. Además, las ginecomastias de más de un año de evolución son poco sensibles a este tratamiento, precisando cirugía^(3, 5, 12). Otras indicaciones de tratamiento quirúrgico son el fracaso del tratamiento médico, la clínica persistente, los problemas psicosociales y la sospecha de malignización^(9-11, 22).

Los objetivos de la cirugía son la simetría mamaria, con cicatrices mínimas y la reducción de la morbilidad postoperatoria^(4, 22, 23).

Existen cuatro tipos quirúrgicos de ginecomastia⁽⁴⁾: glandular, adiposa, mixta y cutánea. La técnica quirúrgica dependerá del tipo y tamaño de la ginecomastia⁽²³⁾.

La mastectomía subcutánea es la técnica de elección para el tratamiento de la ginecomastia glandular y consiste en una resección completa de la glándula mamaria. En nuestro caso se empleó la exéresis subtotal, dejando una pastilla retroareolar para evitar la depresión cutánea a dicho nivel. Las incisiones se localizan a nivel areolar^(1, 4, 23), pudiendo ser: periareolar inferior o de Webster, periareolar superior, en omega invertida (útil en mamas grandes o areolas pequeñas); y transareolar o de Pitanguy (con el inconveniente de la pérdida de sensibilidad y la retracción cicatricial).

La liposucción, empleada en las ginecomastias adiposas y mixtas (en éstas, asociada a la exéresis glandular), consiste en la succión del tejido adiposo a través de una o más cánulas de aspiración (que generalmente se introducen a nivel axilar). Ofrece la ventaja de reducir el traumatismo quirúrgico en las ginecomastias mixtas⁽⁵⁾. Con este objetivo, algunos

autores han propuesto la técnica del «pull-through», consistente en la introducción de dos cánulas, submamaria y axilar, que permiten exteriorizar el tejido glandular a su través y su posterior resección, tras la liposucción⁽⁴⁾.

Las principales complicaciones de la mastectomía son hematoma, seroma, edema, infección, cambios de la pigmentación, asimetrías, cicatrices inestéticas o dolorosas y resección insuficiente. A nivel areolar puede observarse deformidad y retracción, formación de queloides, necrosis del colgajo cutáneo y alteraciones de la sensibilidad. La liposucción puede producir hipotensión proporcional al volumen graso aspirado⁽²⁴⁾. La ginecomastia puberal generalmente es mínima y se resuelve espontáneamente. Sólo una pequeña proporción acude a la consulta, principalmente por problemas psicológicos y de adaptación social. Se debe realizar un estudio sistematizado con el fin de descartar patologías asociadas que precisen tratamiento. La mastectomía subcutánea subtotal es la técnica de elección por el cómodo abordaje, sencillez técnica, mínimas cicatrices, rápida recuperación postoperatoria y escasa morbilidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Palacín JM, Rabell J, Grande N, Sarobé N. Tratamiento quirúrgico de la ginecomastia. *Cri Esp* 1997;**62**:405-411.
- Courtiss EH. Gynaecomastia: analysis of 159 patients and current recommendations for treatment. *Plast Reconstr Surg* 1987;**79**:740-750.
- Neuman JF. Evaluation and treatment of gynaecomastia. *Am Fam Physician* 1997;**55**:1835-1844.
- Morselli PG. «Pull-through»: a new technique for breast reduction in gynaecomastia. *Plast Reconstr Surg* 1996;**97**:450-454.
- Cianchetti E, Legnini M, Uchino S, Ricci A, Scipione P, Grossi S, Scotti U, Napolitano L. Gynaecomastia. *Ann Ital Chir* 1996;**67**:495-499.
- Nydick M, Bustos J, Dale JH, Rawson RW. Gynaecomastia in adolescent boys. *JAMA* 1961;**178**:449-457.
- Carlson HE. Current concepts gynaecomastia. *N Engl J Med* 1980;**303**:795-799.
- Sopena M, Salvador J. Gynaecomastia. *Rev Med Univ Navarra* 1997;**41**:42-50.
- Wilson JD, Aiman J, McDonald PC. The pathogenesis of gynaecomastia. *Adv Intern Med* 1980;**25**:1-32.
- Stone AM, Shenker IR, McCarthy K. Adolescent breast masses. *Am J Surg* 1997;**134**:275-277.
- Reina C, Basso S, Perino A, Guarneri MP, Russo G, Brunelli V. Endocrinologic problems of the male adolescent. *Pediatr Med Chir* 1996;**18**:9-13.
- Nishibe A, Ogihara T. Feminizing syndrome and gynaecomastia in males. *Nippon Rinsho* 1997;**55**:2893-2895.
- Krause W, Splieth B. Diseases of the male breast. *Hautarzt* 1996;**47**:422-426.
- Olcay I, Gököz A. Infantile gynaecomastia with bloody nipple discharge. *J Pediatr Surg* 1992;**27**:103-104.
- August GP, Chandra R, Hung W. Prepuberal male gynaecomastia. *J Pediatr* 1972;**80**:259-263.
- Sher ES, Migeon CJ, Berkovitz GD. Evaluation of boys with marked breast development at puberty. *Clin Pediatr (Phila)* 1998;**37**:367-371.
- Bannayan GA, Hajdu SI. Gynaecomastia: Clinicopathologic study of 351 cases. *Am J Clin Pathol* 1972;**57**:431-439.
- Paulsen CA, Gordon DL. Klinefelter's syndrome and its variants: a hormonal and chromosomal study. *Recent Prog Horm Res* 1968;**24**:321-363.
- West KW, Rescorla FJ, Scherer LR. Diagnosis and treatment of symptomatic breast masses in the pediatric population. *J Pediatr Surg* 1995;**30**:182-187.
- Texeira MR, Pandis N, Dietrich CU, Reed W, Andersen J, Qvist H, Heim S. Chromosome banding analysis of gynaecomastias and breast carcinomas in men. *Genes Chromosomes Cancer* 1998;**23**:16-20.
- Mladick RA. Gynaecomastia: liposuction and excision. *Clin Plast Surg* 1991;**18**:815-817.
- Casanova D, Magalon G. Surgical treatment of gynaecomastia. *J Chir (Paris)* 1997;**134**:76-79.
- Bretteville-Jensen G. Surgical treatment of gynaecomastia. *Br J Plast Surg* 1975;**28**:177-180.
- Pitman GH, Teimourian B. Suction lipectomy: complications and results by survey. *Plast Reconstr Surg* 1985;**76**:65-69.