

Tratamiento quirúrgico de la ginecomastia puberal con anestesia local infiltrativa

Surgical treatment of pubertal gynecomastia with infiltrative local anesthesia

Evelio José Ramírez-Lara¹

Edwin Mamani-Choque^{2*}

Ivonne Méndez-Ortega³

¹ Máster en Urgencias Médicas en Atención Primaria de Salud. Especialista de Primer Grado en Cirugía Plástica y Caumatología. Profesor Auxiliar. Hospital General Provincial Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola”. Ciego de Ávila, Cuba.

² Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Residente de tercer año de la Especialidad Cirugía Plástica y Caumatología. Hospital General Provincial Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola”. Ciego de Ávila, Cuba.

³ Máster en Medicina Bioenergética y Natural. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Universidad de Ciencias Médicas, Facultad de Ciencias Médicas “Dr. José Assef Yara”. Ciego de Ávila, Cuba.

* Autor para la correspondencia. Correo electrónico: edwin@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: la ginecomastia se define como el crecimiento benigno de la glándula mamaria del hombre, proceso secundario a la proliferación glandular. Las alteraciones estéticas que causa repercuten negativamente en quienes la padecen. Pasados dos años de instaurada, el tratamiento farmacológico no suele ser efectivo y se recomienda el quirúrgico como única opción.

Objetivo: presentar el caso de un adolescente diagnosticado de ginecomastia puberal e intervenido quirúrgicamente. No obstante ser esta enfermedad frecuente, pocos pacientes aceptan el tratamiento quirúrgico; de ahí que sea de interés para los especialistas.

Presentación del caso: paciente masculino de 16 años de edad, color de la piel blanco, con antecedentes de sobrepeso desde la infancia y ninguna enfermedad asociada a su condición actual. Refirió que aproximadamente desde los 11 o 12 años notó aumento de volumen de las mamilas,

asociado a dolor de moderada intensidad a la presión y palpación. Se le realizaron exámenes de laboratorio para descartar un posible trastorno hormonal y un ultrasonido diagnóstico de ambas mamas. Se le recomendó como opción viable la intervención quirúrgica (liposucción simple, combinada con adenectomía bilateral). Este paciente fue el primer caso pediátrico intervenido quirúrgicamente en la institución empleando anestesia local infiltrativa.

Conclusiones: cuando no se produce la regresión espontánea al estado normal la única opción de tratamiento es la intervención quirúrgica, la cual pocos pacientes aceptan. En este caso, el joven afectado y su familia dieron su consentimiento para la operación, que dio los resultados esperados desde el punto de vista estético.

Palabras clave: GINECOMASTIA/ADOLESCENTE; GINECOMASTIA/etiología; GINECOMASTIA/diagnóstico; GINECOMASTIA/cirugía; LIPECTOMÍA; ANESTESIA LOCAL; CIRUGIA PLÁSTICA; INFORMES DE CASOS.

ABSTRACT

Introduction: gynecomastia is defined as the benign growth of the mammary gland of man, a secondary process to glandular proliferation. The aesthetic alterations that it causes have a negative impact on those who suffer from it. After two years, pharmacological treatment is not usually effective and surgery is recommended as the only option.

Objective: to present the case of a teenager diagnosed with pubertal gynecomastia and surgically treated. Despite being this frequent disease, few patients accept surgical treatment.

Case presentation: male patient of 16 years of age, white, with a history of overweight since childhood and no disease associated with his current condition. He reported that approximately from 11 or 12 years old he noticed an increase in the nipple volume, associated with pain of moderate intensity at the pressure and palpation. He underwent laboratory tests to rule out a possible hormonal disorder and a diagnostic ultrasound of both breasts. Surgery was recommended as a viable option (simple liposuction, combined with bilateral adenectomy). This patient was the first pediatric case surgically treated at the institution using infiltrative local anesthesia.

Conclusions: when spontaneous regression to the normal state does not occur, the only treatment option is surgical intervention, which few patients accept. In this case, the affected youth and his family gave their consent for the operation, which gave the expected results from the aesthetic point of view.

Keywords: GYNECOMASTIA/ADOLESCENT; GYNECOMASTIA/etiology;

GYNECOMASTIA/diagnosis; GYNECOMASTIA/surgery; LIPECTOMY; LOCAL ANESTHESIA; PLASTIC SURGERY; CASE REPORTS.

Recibido: 27/02/2017

Aprobado: 13/11/2018

INTRODUCCIÓN

La ginecomastia se define como el crecimiento benigno de la glándula mamaria del hombre, proceso secundario a la proliferación glandular.^(1,2) Es una enfermedad muy común, cuya incidencia oscila entre 32-36%.⁽³⁾ En cuanto a su prevalencia, las cifras varían según los criterios de los autores en cuanto a su definición (0,5 cm o 2 cm de tejido glandular) y la técnica empleada en la medición, oscilando entre 4 % y 64,6%.⁽⁴⁾

La ginecomastia se clasifica, según el volumen mamario, en:

- Grado I: pequeño aumento de volumen mamario visible, sin piel redundante.
- Grado II A: moderado aumento de volumen mamario, sin piel redundante.
- Grado II B: moderado aumento de volumen mamario con piel redundante.
- Grado III: considerable aumento de volumen mamario, con piel redundante (como una mama ptósica femenina).^(5,6)

Desde el punto de vista histopatológico, la ginecomastia es una proliferación de tejidos adiposo, fibroso y ductal, con hialinización del estroma, proliferación de conductos mamarios e hiperplasia del epitelio intraductal sin atipias celulares. Cada uno de estos componentes tiene un predominio variable, por lo que se clasifica en:

- Florida: aumento de conductos ramificados, proliferación marcada de epitelio ductal, edema periductal y estroma fibroblástico altamente celular, acompañado por tejido adiposo.
- Fibrosa: conductos dilatados, proliferación de epitelio, ausencia de tejido adiposo y estroma

fibroso casi acelular.

- Intermedia: aumento de las características observadas en la ginecomastia florida y en la fibrosa.^(5,6)

Las alteraciones estéticas de la ginecomastia puberal repercuten negativamente en quienes la padecen. Debido a las afectaciones de orden psicológico, estos pacientes experimentan limitaciones personales para participar en actividades grupales y sociales.⁽⁷⁾

Aunque es importante tratar la causa subyacente de esta enfermedad, ello no frena del todo el crecimiento de la glándula mamaria masculina, sobre todo si ha transcurrido mucho tiempo desde su inicio. Existen dos opciones de tratamiento: farmacológica y quirúrgica. En la mayoría de los pacientes solo se requiere eliminar el factor desencadenante. El tratamiento específico –en cualquiera de sus variantes– se indica en los casos en los que el dolor en grado significativo, la vergüenza o el estrés emocional interfieren en la vida normal del paciente. Pasados dos años de instaurada la ginecomastia, el tratamiento farmacológico no suele ser efectivo, y se recomienda optar por el quirúrgico.⁽⁸⁻¹¹⁾

Este trabajo tiene como objetivo presentar el caso de un adolescente diagnosticado de ginecomastia puberal e intervenido quirúrgicamente. No obstante ser esta enfermedad frecuente, son pocos los pacientes que aceptan el tratamiento quirúrgico; de ahí que sea de interés para los especialistas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 16 años de edad, color de la piel blanco, con antecedentes de sobrepeso desde la infancia y ninguna enfermedad asociada a su condición actual. Refirió que aproximadamente desde los 11 o 12 años notó aumento de volumen de las mamilas (Fig. 1), asociado a dolor de moderada intensidad a la presión y palpación.



Fig. 1- Paciente antes de la intervención quirúrgica. Obsérvese el aumento de volumen mamario característico de la enfermedad.

El aumento de volumen de las mamas continuó y ello provocó en el joven sentimientos de vergüenza en sus relaciones con familiares, amigos y compañeros de estudio, negándose a mostrarse sin ropas ante persona alguna. En la consulta de pediatría, el especialista relacionó ese aumento de volumen mamario a un fenómeno propio de la edad, que debería desaparecer de forma espontánea aproximadamente pasado un año.

Transcurrido un año y medio, ante la persistencia de los síntomas y signos, el pediatra remitió al paciente al especialista en endocrinología, donde una vez hecho el examen físico completo se le diagnosticó ginecomastia. Se le realizaron exámenes de laboratorio para descartar un posible trastorno hormonal y un ultrasonido diagnóstico de ambas mamas, que confirmó el diagnóstico del especialista en endocrinología.

El paciente fue remitido a la consulta de mastología para ser valorado por los especialistas. Ante la ineffectividad de los tratamientos farmacológicos, se le recomendó como opción viable la intervención quirúrgica. Por ello fue atendido en la consulta de cirugía plástica del Hospital General Provincial Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola” de Ciego de Ávila, donde se le realizaron los exámenes pertinentes previos a la intervención.

Al paciente y sus padres se les explicaron las características de la operación, sus posibles complicaciones y resultado esperado. Con el debido consentimiento informado de ambos progenitores, se programó la intervención, consistente en liposucción simple, combinada con adenectomía bilateral cuyo resultado se observa en la figura 2. Este paciente fue el primer caso pediátrico intervenido quirúrgicamente en la institución empleando anestesia local infiltrativa. En el cual no se reportaron

complicaciones posoperatorias.



Fig. 2- Paciente después de la intervención quirúrgica.

DISCUSIÓN

La ginecomastia puberal es un trastorno pasajero que no requiere tratamiento hormonal específico, puesto que culmina por lo general con una regresión completa y espontánea de sus manifestaciones. En 90 % de los casos, la ginecomastia desaparece en un período de dos a tres años; no obstante se recomienda la observación periódica de los afectados. Por ello se debe informar debidamente a los pacientes y sus familiares acerca de este fenómeno normal de la etapa puberal y su necesario seguimiento por los especialistas.^(8,12)

En estudios hormonales realizados en pacientes diagnosticados de ginecomastia se han encontrado excesos relativos o absolutos de estrógenos, con déficit de andrógenos o defectos en el receptor de andrógenos.⁽⁶⁾ De ahí que desde los puntos de vista etiológico y didáctico las ginecomastias se consideran fisiológicas o patológicas.⁽⁷⁾

Como fisiológicas se identifican la neonatal, puberal y senil. La ginecomastia neonatal se explica por el paso transplacentario de estrógenos de la madre al feto, y su evolución es autolimitada. Por otra parte, en adolescentes con ginecomastia se han detectado excesos relativos de estradiol en relación a la testosterona.⁽⁷⁾ Sin embargo, en los pacientes con ginecomastia senil existe descenso de los niveles de testosterona y aumenta la aromatización periférica de testosterona a estrógenos.⁽¹¹⁾

Las ginecomastias patológicas pueden ser secundarias a alteraciones metabólicas, endocrinas, estados

de hipogonadismo (adquiridos o congénitos) y tumores productores de estrógenos. Numerosos fármacos y drogas pueden causar ginecomastias, mediante distintos mecanismos de acción. Algunos tienen efecto estrogénico directo, otros estimulan la secreción de estrógenos, inhiben la síntesis de testosterona o reducen la sensibilidad a los andrógenos.⁽⁷⁾

La ginecomastia es la enfermedad más frecuente de la mama masculina. No obstante, en la mayoría de los casos –especialmente en la adolescencia–este padecimiento es autolimitado. En los pacientes con ginecomastia de larga duración es poco probable que ocurra regresión espontánea al estado normal; a menudo puede progresar hacia la fibrosis e hialinización irreversibles a pesar del tratamiento farmacológico. Por ello la intervención quirúrgica es el tratamiento estándar para estos pacientes.^(3,13)

La meta del cirujano debe ser la exéresis del tejido redundante, con la menor cicatriz posible. Entre las múltiples técnicas quirúrgicas descritas para el tratamiento de la ginecomastia, se incluyen la liposucción, la exéresis abierta o una combinación de las dos.^(3,13) Esta última se empleó en el paciente, al que se le realizó exéresis de tejido glandular mediante una incisión periareolar inferior, y tuvo resultado estético satisfactorio con el mínimo de cicatriz. En el año 1998, en el Instituto Superior de Medicina Militar “Dr. Luis Díaz Soto”, de La Habana, Borbón y cols.⁽¹⁸⁾ emplearon esta técnica –aunque con anestesia general– y obtuvieron un resultado similar al del presente caso.

La liposucción sola no elimina el tejido fibroglandular, por lo que la técnica habitualmente usada por la mayoría de los cirujanos es la extracción de la glándula por vía areolar, popularizada por Webster. En estos casos pueden ocurrir retracciones de la cicatriz y hundimiento antiestético de la zona. También es común ver pacientes con resecciones incompletas por esta vía.^(3,13) Se han descrito efectos indeseables y complicaciones en hombres con diferentes grados de ginecomastia intervenidos mediante incisión periareolar externa en mastectomías subdérmicas.⁽⁶⁾

Según Prado y Castillo⁽¹⁴⁾, en las mastectomías es importante eliminar la ginecomastia dejando una cicatriz lo menor posible. De ahí que el nuevo paradigma del tratamiento quirúrgico sea el empleo de la liposucción (procedimiento por el cual se extrae el componente adiposo de la ginecomastia) y del rasurador artroscópico (para extirpar la glándula o las zonas más hialinizadas y fibrosas). En muchos casos la liposucción simple resulta satisfactoria en la extracción de los tejidos glandulares y adiposos, con cicatrices mínimas.⁽¹⁵⁻¹⁷⁾

La lipoaspiración ultrasónica posibilita la destrucción del parénquima glandular por el efecto directo del ultrasonido sobre él, sin necesidad de realizar exéresis quirúrgica complementaria por la retracción cutánea lograda. Sin embargo, el que el país no disponga de equipos de liposucción ultrasónica

imposibilita el empleo de esta técnica.⁽¹¹⁾

La insuficiente publicación de artículos referidos al tratamiento quirúrgico de la ginecomastia puberal constituyó una limitación para ampliar la discusión del resultado.

CONCLUSIONES

Aunque la ginecomastia puberal es una enfermedad frecuente, por lo general su evolución es autolimitada en el tiempo. Cuando no se produce la regresión espontánea al estado normal la única opción de tratamiento es la intervención quirúrgica, la cual pocos pacientes aceptan. En este caso, el joven afectado y su familia dieron su consentimiento para la operación, que dio los resultados esperados desde el punto de vista estético.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Longheu A, Medas F, Corrias F, Farris D, Tatti A, Pisano G, et al. Surgical management of gynecomastia: experience of a general surgery center. *G Chir* [Internet]. Ago 2016 [citado 21 Ene 2017];37(4):150-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5161216/pdf/150-154.pdf>
2. Mieritz MG, Christiansen P, Jensen MB, Joensen UN, Nordkap L, Olesen IA, et al. Gynaecomastia in 786 adult men: clinical and biochemical findings. *Eur J Endocrinol* [Internet]. May 2017 [citado 12 Ene 2017];176(5):555-66. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Inge_Olesen/publication/313554470_Gynaecomastia_in_786_Adult_Men_-_Clinical_and_Biochemical_findings/links/5aa82616a6fdcc1b59c63844/Gynaecomastia-in-786-Adult-Men-Clinical-and-Biochemical-findings.pdf
3. Benito-Ruiz J, Raigosa M, Manzano M, Salvador L. Nuevo paradigma del tratamiento quirúrgico de la ginecomastia. *Cir. plást. iberolatinoam.* [Internet]. Jun 2013 [citado 12 Ene 2018];39(2):121-7.

Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v39n2/original2.pdf>

4. Núñez-Rodríguez FJ, Artola-Aizalde E, Cancela-Muñoz V, Fernández-Ramos C, Rodrigo-Palacios J. Ginecomastia. Fisiopatología y actualización de las opciones terapéuticas. Bol Pediatr [Internet]. 2010 [citado 12 Ene 2017];50(214):263-71. Disponible en: https://www.sccalp.org/documents/0000/1673/BolPediatr2010_50_263-271.pdf

5. Thiénot S, Bertheuil N, Carloni R, Méal C, Aillet S, Herlin C, et al. Postero-inferior pedicle surgical technique for the treatment of grade III gynecomastia. Aesthetic Plast Surg [Internet]. Jun 2017 [citado 12 Ene 2017];41(3):531-41. Disponible en: <https://hal-univ-rennes1.archives-ouvertes.fr/hal-01560208/document>

6. Montiel-Jarquín AJ, Reyes-Páramo P, Ramos-Álvarez G, López-Colombo A, Tinajero-Esquivel M, Ruiz-León B. Mastectomía subdérmica mediante incisión periareolar externa en hombres con ginecomastia. Cir Cir [Internet]. Oct 2007 [citado 12 Ene 2017];75(5):327-31. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2007/cc075b.pdf>

7. Castillo P. Ginecomastia. Cuad. Cir. [Internet]. 2003 [citado 12 Ene 2017];17(1):52-7. Disponible en: <http://revistas.uach.cl/pdf/cuadcir/v17n1/art09.pdf>

8. Araujo-Herrera O. Ginecomastia fisiológica puberal. Rev Cubana Pediatr [Internet]. Dic 2014 [citado 21 Ene 2107];86(4):495-501. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v86n4/ped10414.pdf>

9. Kasielska A, Antoszewski B. Surgical management of gynecomastia: an outcome analysis. Ann Plast Surg [Internet]. Nov 2013 [citado 21 Ene 2017];71(5):471-5. Disponible en: https://pdfs.dev-journals2013.lww.com/annalsplasticsurgery/2013/11000/Surgical_Management_of_Gynecomastia_An_Outcome.9.pdf

10. Barrantes-Rodríguez K. Ginecomastia: manifestaciones, etiología, abordaje diagnóstico y tratamiento. Med. leg. Costa Rica [Internet]. Mar 2016 [citado 27 Jul 2107];33(1):205-10. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v33n1/1409-0015-mlcr-33-01-00205.pdf>

11. Calderón W, Cabello R, Calderón D, Olguín F, Israel G. Tratamiento quirúrgico de la región mamaria masculina prominente. Cir. plást. iberolatinoam. [Internet]. Mar 2010 [12 Ene 2017];36(1):19-24. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v36n1/original3.pdf>

12. Morcos RN, Kizy T. Gynecomastia: when is treatment indicated? J Fam Pract [Internet]. Dic 2012 [citado 12 Ene 2017];61(12):719-25. Disponible en: https://mdedge-files-live.s3.us-east-2.amazonaws.com/files/s3fs-public/Document/September-2017/6112JFP_Article1.pdf

13. Brafa A, Campana M, Grimaldi L, Nisi G, Brandi C, Lazzeri D, et al. Management of

- gynecomastia: an outcome analysis in a multicentric study. *Minerva Chir* [Internet]. Oct 2011 [citado 27 Jul 2017];66(5):375-84. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Davide_Lazzeri/publication/51830480_Management_of_gynecomastia_An_outcome_analysis_in_a_multicentric_study/links/55cb096708aeca747d69fd91/Management-of-gynecomastia-An-outcome-analysis-in-a-multicentric-study.pdf
14. Prado AC, Castillo PF. Minimal surgical access to treat gynecomastia with the use of a power-assisted arthroscopic-endoscopic cartilage shaver. *Plast Reconstr Surg* [Internet]. Mar 2005;115(3):939-42.
15. Reza-Taheri A, Reza-Farahvash M, Reza-Fathi H, Ghanbarzadeh K, Faridniya B. The satisfaction rate among patients and surgeons after periareolar surgical approach to gynecomastia along with liposuction. *World J Plast Surg* [Internet]. Sep 2016 [citado 12 Ene 2017];5(3):287-92. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5109391/pdf/wjps-5-287.pdf>
16. Arvind A, Abbas-Khan MA, Srinivasan K, Roberts J. Gynaecomastia correction: a review of our experience. *Indian J Plast Surg* [Internet]. Abr 2014 [citado 12 Ene 2017];47(1):56-60. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4075218/>
17. Mishra RK. Trans-nipple removal of fibro-glandular tissue in gynaecomastia surgery without additional scars: An innovative approach. *Indian J Plast Surg*. [Internet]. Abr 2014 [citado 12 Ene 2017];47(1):50-5. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/R_K_Mishra2/publication/263709951_Trans-nipple_removal_of_fibro-glandular_tissue_in_gynaecomastia_surgery_without_additional_scars_An_innovative_approach/links/5698d7f108ae34f3cf2071a7/Trans-nipple-removal-of-fibro-glandular-tissue-in-gynaecomastia-surgery-without-additional-scars-An-innovative-approach.pdf
18. Borbón-Mendoza J, Beato-Canfux A, Álvarez-Ross A. Tratamiento quirúrgico de la ginecomastia y ptosis mamaria con técnica novedosa. *Rev Cub Med Mil* [Internet]. Dic 1997 [citado 12 Ene 2017];26(2):141-5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65571997000200009&script=sci_arttext&tlng=pt