

Benito-Ruiz, J.; Raigosa, M.; Manzano, M.; Salvador, L.
Nuevo paradigma del tratamiento quirúrgico de la ginecomastia
Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, vol. 39, núm. 2, abril-junio, 2013, pp. 121-127
Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365533930002>

Cirugía Plástica
Ibero-Latinoamericana

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana,
ISSN (Versión impresa): 0376-7892
ciplaslatin@gmail.com
Sociedad Española de Cirugía Plástica,
Reparadora y Estética
España

Nuevo paradigma del tratamiento quirúrgico de la ginecomastia

New paradigm for surgical treatment of gynecomastia



Benito-Ruiz, J.

Benito-Ruiz, J.* , Raigosa, M.**, Manzano, M.* , Salvador, L. ***

Resumen

El desarrollo de pecho con apariencia femenina en el hombre puede causar gran estrés emocional, particularmente en jóvenes y adolescentes. Se han descrito múltiples técnicas mediante las cuales se pueden eliminar tanto el tejido adiposo como el tejido fibroglandular mamario, de las cuales, una de las más recientes, es el uso del rasurador endoscópico para la exéresis del tejido glandular a través de una incisión mínima. Analizamos 60 pacientes con edades entre 19 y 64 años (edad media 32) tratados quirúrgicamente para corrección de ginecomastia bilateral, de los cuales, en 49 se realizó una combinación de liposucción convencional y uso del rasurador artroscópico, en 7 exéresis del tejido fibroglandular por vía hemiareolar inferior y en 4 pacientes mastectomía por vía axilar. De acuerdo con la clasificación de Rohrich y col., 15 de estos pacientes se pueden clasificar como grado I; 23 como grado II; 19 como grado III y 3 como grado IV. El tiempo de seguimiento postoperatorio fue de 6 a 18 meses.

Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico de la ginecomastia, haciendo énfasis en la técnica de liposucción más rasurador artroscópico (técnica de Prado), la cual creemos que es excelente para la corrección de la ginecomastia tanto adiposa como fibroglandular, de forma que podemos considerarla como el nuevo paradigma en el tratamiento de la ginecomastia.

Palabras clave Ginecomastia, Liposucción, Mastectomía, Mama masculina, Rasurador artroscópico.

Código numérico 52-5241

Abstract

The development breast in men can cause great emotional stress, particularly in young people and teenagers. There have been described multiple techniques to remove both the adipose and fibroglandular tissues. Recently, the use of an arthroscopic shaver was described for the removal of the glandular tissue by a minimal incision.

Sixty patients with ages between 19 and 64 years (mean, 32) have been treated surgically for correction of bilateral gynecomastia: 49 were treated by means of the combination of conventional liposuction and shaver; 7 using removal of the breast by areolar approach and 4 patients underwent mastectomy through axillary approach. In agreement with Rohrich's classification, 15 patients were classified as degree I; 23 as degree II; 19 as degree III and 3 as degree IV. The time of postoperative follow-up was 6 to 18 months.

Prado's technique (liposuction plus shaver) allows an effective treatment both for the adipose and glandular tissues with the additional advantage of a minimal scar. This technique is the new paradigm for treatment of gynecomastia.

Key words Gynecomastia, Liposuction, Mastectomy, Male breast, Arthroscopic shaver.

Numeral Code 52-5241

* Especialista en Cirugía Plástica. Antiaging Group Barcelona. Clínica Tres Torres. Barcelona, España.
** Especialista en Cirugía Plástica. Hospital Clinic de Barcelona, España.
*** Especialista en Cirugía General. Antiaging Group Barcelona. Clínica Tres Torres. Barcelona, España.

Introducción

La ginecomastia se define como el crecimiento benigno de la glándula mamaria en el hombre secundario a proliferación glandular. Es una patología muy común con una incidencia de 32 a 36% (1,2). En general, puede observarse en tres picos de edad: en los neonatos, en la pubertad y entre la sexta y novena décadas de la vida (3).

La mayoría de los pacientes que consultan por ginecomastia padecen ginecomastia idiopática aproximadamente el 25%; otros tipos incluyen: ginecomastia persistente tras la pubertad (25%) y ginecomastia secundaria a fármacos (20%) (4). Se cree que es causada por un desequilibrio entre la progesterona y los estrógenos y es muy importante el diagnóstico diferencial con el cáncer de mama masculino (5).

El tratamiento de la causa subyacente es importante, pero puede no resolver completamente el crecimiento de la glándula mamaria masculina, principalmente si ha pasado mucho tiempo (6). Se han empleado dos tipos de tratamiento para resolver la ginecomastia: médico y quirúrgico. La mayoría de los pacientes no requieren otro tratamiento más que el eliminar la causa desencadenante. El tratamiento específico está indicado en casos en los que haya dolor significativo, vergüenza o estrés emocional que interfieren con la vida normal del paciente. Cuando la ginecomastia ha estado presente durante más de 2 años, el tratamiento médico no suele ser efectivo y la cirugía es la única opción disponible.

Están descritas diferentes técnicas quirúrgicas de acuerdo con el tipo y severidad de la ginecomastia. Estas opciones incluyen: exéresis abierta, liposucción convencional o una combinación de las dos. La liposucción ultrasónica parece ser especialmente útil para el tratamiento de la ginecomastia (7-10). Prado y Castillo describieron una técnica en la cual combinan el uso de liposucción convencional con el empleo de un rasurador artroscópico, evitando la incisión periareolar y mejorando el resultado final con menor cicatriz, buena retracción cutánea, menor tiempo quirúrgico, complicaciones mínimas y buen resultado estético (11).

Material y método

Tratamos quirúrgicamente 60 pacientes para corrección de ginecomastia entre 2006 y 2009. Los primeros 40 pacientes (entre 2006-2007) fueron tratados exclusivamente con la técnica de Prado para determinar las indicaciones de la misma (12). De ellos, 6 correspondían al grado I; 17 al grado II; 14 al grado III y 3 al grado IV. En 2008 y 2009 se trataron 20 pacientes más, de los cuales 9 correspondían al grado I (5 con resección a través de areola y cuatro por axila); 6 al grado II (técnica de Prado) y 5 al grado III (3 con técnica de Prado y 2 con resección por vía areolar). El intervalo de edad fue de 19 a 64 años (edad media, 32 años).

TÉCNICA QUIRÚRGICA

A continuación describimos la técnica quirúrgica utilizada en la mayoría de los casos mediante el empleo de vibroliposuctor y rasurador artroscópico (técnica de Prado).

El marcaje preoperatorio se realizó con el paciente en bipedestación. Todos los pacientes fueron tratados bajo anestesia general. Colocamos al paciente en la mesa de quirófano en posición de decúbito supino con los brazos en abducción a 90°. Realizamos infiltración tumescente con una solución de adrenalina 1:1.000.000 a través de una pequeña incisión localizada en el área íntero-lateral de las mamas. La vibroliposucción se realizó con cánulas de 3 y 4 mm. Una vez completada la liposucción, extrajimos el tejido fibroglandular usando el rasurador artroscópico (*Striker Endoscopic Artroscopic System SE 5/TPS*). La cuchilla está compuesta por dos cánulas concéntricas con diámetros de 3 y 4mm. La cánula externa tiene una abertura central a nivel distal que permite que la cánula interna gire a modo de cureta. El sistema se programa para mantener la cánula interna a unas 1.000 rotaciones por minuto en modo oscilante. El mango del rasurador se conecta al sistema de aspiración para recolectar el tejido glandular. El rasurador, con la apertura de la cánula hacia arriba, se inserta a través de la misma incisión por la que se realiza la liposucción y se pasa en repetidas ocasiones por la glándula para resecar el tejido fibroglandular. Es muy importante dejar una pequeña pastilla glandular detrás de la areola para evitar una depresión excesiva que producirá resultados inestéticos. El test de pellizco con la mano no dominante sirve para determinar la homogeneidad y regularidad del proceso, a la vez que se va palpando la mama para saber cuánto tejido ha de extraerse y vigilar que nos mantenemos alejados de la piel. Se ha de tener mucho cuidado en evitar la dermis. La glándula recolectada por el sistema de vacío se puede enviar para estudio anatomo-patológico.

Una vez completado el procedimiento, se suturan las incisiones y se aplica un apósito estéril y un vendaje compresivo. El paciente es dado de alta al día siguiente de la intervención con instrucciones para usar una faja durante las siguientes 4 semanas.

Estas instrucciones postoperatorias son:

- Mantener los drenajes de Redon y el vendaje compresivo durante 24 horas.
- Avisar de que no deben tomar la tensión arterial en el brazo durante el periodo postoperatorio, especialmente inmediato (primeras 24 horas).
- Usar una camiseta de compresión durante 24 horas al día durante 1 mes.
- A los 15 días de postoperatorio, los pacientes pueden comenzar a hacer ejercicio físico y musculación suaves.
- Advertimos que se produce un endurecimiento en la zona intervenida que puede tardar meses en desaparecer, dependiendo del grado de ginecomastia previo.

RESULTADOS

La tasa de complicaciones iniciales (periodo 2006-2007) con la técnica de Prado fue de un 20%. Tuvimos 3 pacientes con hematoma (7.5%) que requirieron evacuación quirúrgica (2 pacientes de grado II y 1 de grado III). En 1 de ellos se produjo una secuela importante, con retracción de la piel que necesitó 2 sesiones de injertos de tejido adiposo para su solución (Fig. 1). Tres pacientes con grado I (7.5%) presentaron algunas irregularidades en la piel e hiperpigmentación, seguramente debidas a lesión de la dermis con el rasurador (Fig. 2-4). Dos pa-

cientes con grado III (5%) tuvieron que ser reintervenidos para extraer glándula y tejido cicatricial residuales. No observamos complicaciones tipo infección, seroma, epidermolisis o necrosis del complejo areola-pezón.

No hemos tenido ninguna complicación reseñable ni en el grupo de pacientes con resección areolar, ni en el de resección axilar, ni tampoco en los pacientes que fueron sometidos a la técnica de Prado en el periodo 2008-2009 (20 pacientes).

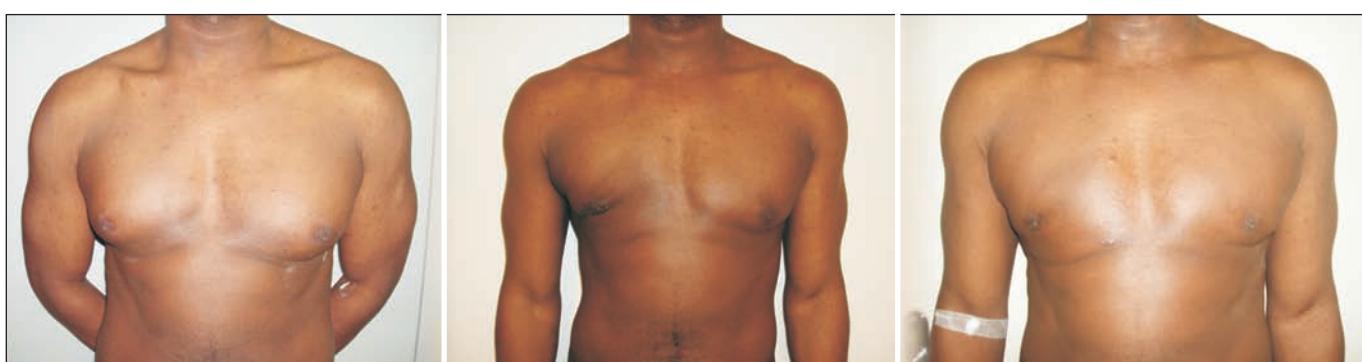


Fig. 1. Paciente de 25 años con ginecomastia de origen puberal grado II (izquierda). Se practicó técnica de Prado. En el postoperatorio inmediato sufre hematoma expansivo que requiere reintervención urgente y coagulación de una arteria perforante muscular. Queda como secuela una retracción cutánea severa (centro) que se corrige tras 2 sesiones de injertos de tejido adiposo, separadas entre sí por 1 año. Resultado al año (derecha)



Fig. 2. Paciente de 28 años con ginecomastia tipo II. Se practica liposucción de abdomen y técnica de Prado en mamas. Resultado al año.



Fig. 3. Paciente de 62 años con ginecomastia tipo III. Resultado a los 6 meses tras técnica de Prado.



Fig. 4. Paciente de 58 años con ginecomastia derecha tipo III. Resultado a los 6 meses tras practicar liposucción y resección de tejido glandular por vía areolar.

Discusión

La ginecomastia es la patología más frecuente en la mama masculina. Afortunadamente la mayoría de los casos, especialmente durante la adolescencia, son autolimitados (13). La ginecomastia de larga duración es poco probable que regrese espontáneamente y puede, a menudo, progresar hacia fibrosis e hialinización irreversible a pesar del tratamiento médico (10). La cirugía continúa siendo el tratamiento estándar para este tipo de pacientes. La meta del cirujano debe ser la exéresis del tejido redundante con la menor cicatriz posible (13).

Están descritas múltiples técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la ginecomastia, incluyendo la liposucción, la exéresis abierta o una combinación de las dos (2, 14). La liposucción sola no suele ser suficiente para eliminar el tejido fibroglandular (10, 14), por lo que la técnica habitualmente usada por la mayor parte de cirujanos es la extracción de la glándula por vía areolar, popularizada por Webster. La resección por esta vía puede dar lugar a retracciones de la cicatriz y hundimiento inestético de la zona. También es habitual ver pacientes con resecciones incompletas por esta vía.

Nosotros utilizamos la vía areolar en casos de gine-



Fig. 5. Paciente de 23 años con ginecomastia tipo I. Resultado al año tras mastectomía por vía axilar.

comastia verdadera tipo I y en reintervenciones por resección insuficiente o si el paciente ya ha sido previamente operado y tiene una cicatriz a ese nivel. También estaría indicada en conversiones de la técnica de Prado por dificultad técnica, por ejemplo en casos de glándula muy hialinizada que no se puede extraer bien con el rasurador.

La técnica vía axilar es infrecuente. Únicamente la realizamos en algún caso de ginecomastia al que al mismo tiempo se le coloca un implante de pectoral o bien en pacientes que no quieren una cicatriz areolar y en los que la técnica de Prado está desaconsejada (pacientes con ginecomastia tipo I) (Fig. 5).

En un curso realizado en Santiago de Chile en octubre del 2011 organizado por el Dr. de Prado se concluyó que, como cirujanos plásticos, hemos de tratar de solucionar el problema que representa una ginecomastia dejando la menor cicatriz posible, por lo que el nuevo paradigma del tratamiento quirúrgico en la mayor parte de los casos que tratamos consiste en la utilización de la liposucción para el componente adiposo de la ginecomastia y del rasurador artroscópico para la extirpación de la glándula o de las zonas más hialinizadas y fibrosas. No es una simple técnica, es un cambio de pensamiento. La retracción que se produce con este método es mucho más homogénea que la que se logra con la técnica abierta areolar. Los resultados de Prado (11) y los preliminares nuestros (12) habían demostrado la eficacia y seguridad de la técnica de resección con rasurador artroscópico e incisión mínima. La posibilidad de eliminar el tejido fibroglandular a través de una incisión de unos pocos milímetros es una mejoría importante sobre las técnicas convencionales establecidas.

Se trata además de un procedimiento con resultados consistentes, aunque requiere una curva de aprendizaje e inicialmente no es sencillo. Nuestra serie inicial de 40 pacientes tenía como objetivo determinar las indicaciones y limitaciones de la técnica en función de los diferentes grados de ginecomastia. Esto nos permitió concluir que no está indicada en pacientes delgados con ginecomastia tipo I ya que hay un riesgo elevado de lesionar la piel. En estos casos es mejor emplear una resección por vía areolar o axilar. Para pacientes con ginecomastia tipos II o III, la técnica de liposucción más resección con rasurador artroscópico da resultados muy consistentes y altamente satisfactorios. Los hematomas que tuvimos inicialmente se debieron seguramente a errores de técnica o al uso del manguito de presión arterial en el brazo en el periodo postoperatorio inicial (los pacientes desarrollaron el hematoma a las pocas horas de la intervención y en el lado donde se había colocado el manguito). En la segunda serie de pacientes desde la publicación de los datos iniciales, no hemos tenido complicaciones reseñables. La complicación más importante en la cirugía de la ginecomastia es el hematoma que puede llegar a requerir drenaje quirúrgico. Calderón y col. (14), en su serie de 106 pacientes, refieren un 3.8% de incidencia de esta complicación.

En casos de ginecomastia tipo IV con exceso de piel importante y ptosis, puede ser necesario realizar técnicas de mastopexia en el momento de la resección quirúrgica; pero nuestra recomendación suele ser hacerlo en dos tiempos: primero vaciar la mama mediante la técnica de liposucción y rasurador y esperar a que la piel se retrajga. En un segundo tiempo se plantea la resección cutánea para mastopexia; en nuestra opinión, este segundo tiempo debe llevarse a cabo al año de la primera intervención.

Conclusiones

En el momento actual, La técnica de Prado es nuestra técnica de elección para la mayor parte de ginecomastias. La eliminación de los estigmas de la cirugía, incluyendo la cicatriz areolar, ha de ser uno de nuestros objetivos como especialidad quirúrgica y nos permite además diferenciarnos del tratamiento practicado por colegas de otras especialidades.

Dirección del autor

Dr. Jesús Benito-Ruiz
Antiaging Group Barcelona
Clínica Tres Torres
C/ Dr. Carulla 12, planta 3
08017 Barcelona, España
e-mail: drbenito@antiaginggroupbarcelona.com

Bibliografía

1. **Carlson HE.**: Carlson HE.: Gynecomastia. *N Engl J Med* 1980, 2;303(14):795-799.
2. **Nuttall FQ.**: Gynecomastia as a physical finding in normal men. *J Clin Endocrinol Metab* 1979;48(2):338-340.
3. **Braunstein GD.**: Gynecomastia. *N Engl J Med* 1993 Feb 18;328(7):490-495.
4. **Gikas P, Mokbel K**: Management of gynaecomastia: an update. *Int J Clin Pract* 2007, 61(7): 1209-1215.
5. **Steele SR, Martin MJ, Place RJ.**: Gynecomastia: complications of the subcutaneous mastectomy. *Am Surg* 2002;68(2):210-213.
6. **Hands LJ, Greenall MJ.**: Gynaecomastia. *Br J Surg* 1991;78(8):907-911.
7. **Fruhstorfer BH, Malata CM.**: A systematic approach to the surgical treatment of gynaecomastia. *Br J Plast Surg* 2003;56(3):237-246.
8. **Hodgson EL, Fruhstorfer BH, Malata CM.**: Ultrasound liposuction in the treatment of gynecomastia. *Plast Reconstr Surg* 2000;116(2):646-653.
9. **Rohrich RJ, Beran SJ, Fodor PB.**: The role of subcutaneous infiltration in suction-assisted lipoplasty: a review. *Plast Reconstr Surg* 1997;99(2):514-519.
10. **Rohrich RJ, Ha RY, Kenkel JM, Adams WP, Jr.**: Classification and management of gynecomastia: defining the role of ultrasound-assisted liposuction. *Plast Reconstr Surg* 2003;111(2):909-923.
11. **Prado AC, Castillo PF.**: Minimal surgical access to treat gynecomastia with the use of a power-assisted arthroscopic-endoscopic cartilage shaver. *Plast Reconstr Surg* 2005;115(3):939-942.
12. **Benito-Ruiz J, Raigosa M, Manzano M, Salvador L.**: Assessment of a suction-assisted cartilage shaver plus liposuction for the treatment of gynecomastia. *Aesthet Surg J.* 2009;29(4):302-309.
13. **Wiesman IM, Lehman JA, Jr., Parker MG, Tantri MD, Wagner DS, Pedersen JC.**: Gynecomastia: an outcome analysis. *Ann Plast Surg* 2004;53(2):97-101.
14. **Calderón, W., Cabello, R., Calderón, D., Olguín, F., Israel, G.**: Tratamiento quirúrgico de la región mamaria masculina prominente. *Cir. plást. iberolatinoam.*, 2010, 36(1):19-24.

Comentario al artículo “Nuevo paradigma del tratamiento quirúrgico de la ginecomastia”

**Dr. Wilfredo Calderón Ortega. Especialista en Cirugía Plástica, Reparadora y Estética.
Profesor de Cirugía de la Universidad de Chile. Santiago, Chile.
Jefe de Cirugía plástica Hospital del Salvador. Santiago, Chile**

En este artículo, el Dr. Benito-Ruiz y col. nos presentan su experiencia en un novel procedimiento quirúrgico, publicado en el 2005 por Prado y col. para el tratamiento quirúrgico de la ginecomastia. En forma ordenada y detallada presentan su casuística de 60 pacientes distribuidos según la correcta clasificación de Rohrich y col., lo que nos facilita el análisis de esta publicación. Esta técnica, que es mínimamente invasiva y ciega, debe ser aplicada tan sólo en aquellos pacientes que sean seleccionados como pertenecientes a los tipos 2 y 3, como bien lo recalcan los autores. Nos referiremos sólo a los 49 pacientes en los cuales se aplicó la técnica que nos convoca. La selección de los pacientes debe ser clara y precisa. El diagnóstico debe implicar estudio mamográfico, gonadotrofinas coriónicas, alfa-feto proteínas y ecografía testicular, aparte de un buen análisis anamnésico y físico exhaustivo. De esta forma descartaremos la presencia de cáncer de mama masculino, especialmente en aquellos pacientes más añosos.

La técnica comprende el uso de vibroliposuctor y un rasurador arroscópico, éste último muy utilizado en la cirugía traumatológica de la rodilla. La introducción de ambos instrumentos por un mismo orificio permite dejar mínimas cicatrices lo que es una verdadera ventaja frente a otros procedimientos. Y pienso que es la única ventaja. Realizar una técnica abierta que da un amplio y favorable campo quirúrgico, permite calibrar, en forma más segura y no ciega, el tejido cutáneo remanente con la pastilla habitual de tejido retroareolar que im-

pide la depresión y las retracciones a futuro. Lo mismo podemos decir en cuanto a realizar una incisión infraareolar, que bien realizada y en planos, permite usar fibra óptica y buena electrocoagulación, dejando una cicatriz imperceptible y disminuyendo, además, los hematomas.

La curva de aprendizaje de la técnica según los autores, es larga y compleja, con complicaciones en un porcentaje prohibitivo (20%), lo que la hace desaconsejable para noveles cirujanos. Como sucede con todas las técnicas nuevas, al principio siempre se tienen problemas y después, se van afinando con la experiencia, hecho que destacan los autores pero que no justifica su uso masivo.

Como ventaja de la técnica presentan, aparte de la estética con mínima cicatriz ya analizada, la buena retracción cutánea, el menor tiempo quirúrgico y las mínimas complicaciones. Todos estos hechos pueden ser perfectamente obtenidos mediante la técnica de liposucción tradicional con incisión infraareolar.

El entrenamiento quirúrgico en Cirugía General y posteriormente en Cirugía Plástica permitirá a la mayoría de cirujanos acreditados obtener resultados tan buenos utilizando técnicas más tradicionales como los que se exhiben en este artículo. El futuro de este procedimiento está en que debe pasar por el tamiz del péndulo que nos aconsejará cuándo y cómo usar adecuadamente ésta técnica.

Respuesta al comentario del Dr. W. Calderón

Dr. J. Benito-Ruiz

Agradezco el comentario realizado por el Dr. Calderón a nuestro trabajo. En realidad estamos de acuerdo ya que de lo que estamos hablando es de experiencia quirúrgica. No me cabe la menor duda de la experiencia y el buen juicio ante la ginecomastia del Dr. Calderón, lo que da lugar a obtener los mejores resultados. Seguro que él ha visto, como todos, importantes secuelas debidas a la retracción de la cicatriz areolar y a su adherencia a planos profundos. No es tanto un problema derivado de la técnica en sí, sino de la indicación y ejecución.

Como en cualquier otra técnica, especialmente si no se tiene visión directa, se necesita experiencia con la técnica de Prado. Es por ello que nosotros hicimos un estudio continuado aplicándola a pacientes con ginecomastia de toda condición. La conclusión fue bien clara: en pacientes con ginecomastia tipo I, de predominio glandular y sin panículo adiposo, la resección con rasuradora es arriesgada. Es muy difícil evaluar el

grosor del colgajo cutáneo ya que no hay margen entre el dispositivo y la piel. La técnica no deja de ser la misma que empleamos en liposucción convencional, en la que juzgamos el resultado de nuestra intervención mediante la evaluación del grosor cutáneo que dejamos con la mano no dominante. La liposucción es una técnica “ciega” y practicada ampliamente. La diferencia en la técnica de Prado es que usamos una cureta en movimiento: esto exige más concentración en el acto operatorio en sí, pero nos permite vaciar completamente la ginecomastia dejando un colgajo homogéneo.

Pensamos que los pacientes con volumen fibroglandular y con tejido adiposo se benefician de esta técnica sin estigmas cicatriciales añadidos; pero como he dicho anteriormente, es el cirujano quien elige la técnica que le proporciona mejores resultados y con la que se siente más cómodo.