

Ginecomastia en niños: Tratamiento quirúrgico

Dra. Carmen Gloria Rostion A, Carlos Giugliano V, Lorena Jáuregui M, Matías Gómez G.

Servicio de Cirugía Hospital Clínico de Niños Dr. Roberto del Río. Universidad de Chile.

Servicio de Pediatría y Cirugía Infantil Clínica Santa María. Santiago de Chile.

cgrostion@yahoo.com.ar

Abstract

Introduction: Ginecomastia is the excessive development of the mammary gland in the man, understanding by this that makes perceivable. Is physiological in end age of the life (neonatal and old age) and, in the puberal stage. The intention of this study is to review the experience in patients with diagnosis of ginecomastia surgically treated in the Hospital Clínico de Niños Dr Roberto del Río and Clinica Santa Maria.

Material and Method: 27 patient men with diagnosis of ginecomastia were operated. Two were carrying of ginecomastia secondary to galactocele (treated with adenectomy of the affected side) and 25 of puberal ginecomastia (GP). Of the cases of GP, 23 they presented emotional affectation. Unilateral adenectomy (AU) was made in 6, bilateral adenectomy (AB) in 9 (5 cases of GP without lipomatosis and 4 with GP and lipomatosis); AB with liposuction (ABL) in 8 cases of GP with lipomatosis and only liposuction (L) in 2. Histopathology was negative for malignance. The aesthetic result was satisfactory in 23. The emotional affectation was reverted in the 23 patients who presented it. There were complications in the 4 cases of the group dealt with AB, that displayed associate mammary lipomatosis to the GP, (infection seroma of operating wound in a patient and retraction of operating scar in three patients). In the group of patients with GP and lipomatosis dealt with ABL, there were no complications.

Conclusion: The GP does not have to be considered only like an aesthetic problem when it affects the conduct and the normal development of the patient. In patients with GP more lipomatosis the AB has greater risk of complications than the ABL ($p = 0,009$ in Fisher Irwing test).

Key words: Galactocele, Ginecomastia, Liposuction.

Resumen

Introducción: La ginecomastia se define como el desarrollo excesivo de la glándula mamaria en el hombre, entendiéndose por éste el que la hace perceptible

y es fisiológica en los extremos etarios de la vida (período neonatal y senescente) y, en la etapa puberal. El propósito de este estudio es revisar la experiencia en pacientes con diagnóstico de ginecomastia tratados quirúrgicamente en el Hospital Clínico de Niños Dr. Roberto del Río y Clínica Santa María.

Material y Método: Se operaron 27 pacientes varones con diagnóstico de ginecomastia. Dos eran portadores de ginecomastia secundaria a galactocele (tratados con adenectomía del lado afectado) y 25 de ginecomastia puberal (GP). De los casos de GP, 23 presentaban disfunción emocional por causa de su afección ($p < 0.05$). Se realizó adenectomía unilateral (AU) en 6, adenectomía bilateral (AB) en 9 (5 casos de GP sin lipomatosis y 4 con GP más lipomatosis); AB más liposucción (ABL) en 8 casos de GP más lipomatosis y sólo liposucción (L) en dos. No se encontró signos de malignidad en el estudio histopatológico de ningún paciente. El resultado estético fue satisfactorio en 23. La disfunción emocional se revirtió en los 23 pacientes que la presentaban. Hubo complicaciones en los 4 casos del grupo tratado con AB, que presentaban lipomatosis mamaria asociada a la GP, (seroma infectado de herida operatoria en un paciente y retracción de cicatriz operatoria en tres pacientes). En el grupo de pacientes con GP y lipomatosis tratados con ABL, no hubo complicaciones.

Conclusión: La GP no debe ser considerada sólo como un problema estético ya que afecta la conducta y el desarrollo normal del paciente.

En pacientes con GP más lipomatosis la AB tiene mayor riesgo de complicaciones que la ABL ($p = 0.009$ en prueba de Fisher- Irwing).

Palabras clave: Galactocele, Ginecomastia, Liposucción.

Introducción

La ginecomastia se define como el desarrollo excesivo de la glándula mamaria en el hombre, entendiéndose por éste el que la hace perceptible. Puede presentarse fisiológicamente en la edad neonatal, puberal y senescente. La forma patológica ocurre como resultado de múltiples causas.

La ginecomastia puberal, se presenta entre un 36 a 65 % de los jóvenes normales^[1]. Aunque se atribuye a un desbalance en el índice andrógeno/estrógeno, con disminución de los niveles séricos de testosterona libre y de dihidrotestosterona y aumento en los niveles séricos de estradio^[2], no hay evidencias claras que esto juegue algún rol etiológico, por lo que tampoco suele objetivarse mediante estudios de niveles hormonales cuando estos pacientes consultan. Existen, no obstante, estudios caso-control y otros prospectivos de cohortes, que describen el aumento de riesgo de enfermedades malignas, especialmente cáncer testicular, en pacientes adultos con el antecedente de haber presentado ginecomastia en su pubertad, aparentemente por la exposición a niveles estrogénicos elevados en esa etapa de la vida^[3]. La presencia de enfermedades malignas de la mama es extremadamente rara en hombres, aproximadamente 10% de los pacientes con prolactinoma desarrollan ginecomastia con o sin galactorrea^[2]. Por otra parte, el aumento de la incidencia de otras patologías como obesidad en niños ha traído consigo un aumento en la consulta por pseudo-ginecomastia que en realidad corresponde a lipomatosis mamaria o lipomastia^[3]. En relación a esto último es muy importante hacer la diferencia para que la indicación del tratamiento quirúrgico sea correcta, ya que la lipomatosis pura no se beneficiará con la adenectomía mamaria sino, por el contrario, la cirugía abierta en estos casos puede traer consigo mayor incidencia de complicaciones como seromas e infecciones de la herida operatoria y retracciones cicatriciales que, estéticamente, desmejoran el resultado esperado^[4]. En nuestro medio, los pacientes que consultan al cirujano por ginecomastia lo hacen motivados por obtener una corrección de su aspecto y junto con ello solucionar el real problema de fondo que experimentan: no se sienten capaces de interrelacionarse con sus pares como lo hace un niño adolescente normalmente a esa edad (Figura 2).



Figura 1. Adenectomía: Abordaje periareolar hemi-inferior desde las 3 a las 9 horarias.

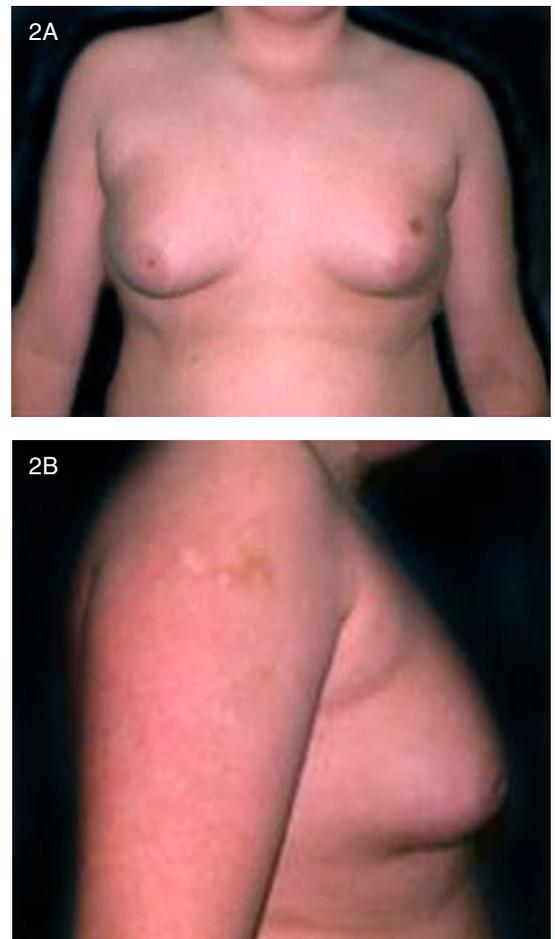


Figura 2. Ginecomastia puberal. A: Vista frontal. B: Vista lateral.

Material y método

Revisión de fichas clínicas de 27 pacientes operados de ginecomastia entre junio de 1998 y junio de 2006 en el Servicio de Cirugía del Hospital Clínico de Niños Dr. Roberto del Río y Clínica Santa María. El manejo médico se indicó de acuerdo al diagrama de flujo que muestra el cuadro 1. El tratamiento quirúrgico en esta serie consistió básicamente en las dos técnicas que se describen a continuación:

- 1) Adenectomía (A): Abordaje periareolar desde las 3 a las 9 (Figura 1). Una vez realizada la incisión se deja tras la areola una porción de tejido retro areolar para evitar depresiones en esta área. Posteriormente se procede a la extirpación de la glándula.
- 2) Liposucción (L): Se aborda a través de una pequeña incisión en la línea axilar anterior. El procedimiento se inicia con la liposucción tumescente a través del abordaje descrito.
- 3) Adenectomía bilateral más liposucción (ABL): Existe la posibilidad de combinar ambas técnicas: Una vez realizada la liposucción se rodea y libera la glándula procediéndose a su extirpación.

Resultados

Se operaron 27 pacientes con diagnóstico de ginecomastia. Dos correspondían a ginecomastia secundaria a galactocele (Figuras 3 A, 3B y 3C) y 25 portadores de ginecomastia puberal. En relación a los dos primeros, las edades fueron de 9 meses y 1 año 4 meses, respectivamente. En ambos se realizó determinación de prolactina y pruebas tiroideas. En uno de ellos el nivel de prolactina se encontró elevado y en el segundo, normal. En ambos casos las pruebas tiroideas (T3, T4 y TSH) fueron normales. Ambos pacientes fueron sometidos a tratamiento quirúrgico. En uno de ellos (1 año 4 meses) se extrajo 80 cc. de contenido lácteo (Figura 4) del galactocele y se realizó mastectomía (Figura 5) que fue unilateral. En el otro lactante se extirparon ambas mamas y también se encontró contenido lácteo en las mamas, aunque en menor cantidad. El informe anátomo-patológico en ambos fue ginecomastia secundaria a galactocele.

Los otros 25 casos fueron niños cuyas edades fluctuaron entre 8 y 17 años, con una mediana de 13 años. El tiempo de evolución fue de menos de un año en 10 pacientes y de un año o más en 15. En esta serie, 14 pacientes eran obesos (Figura 2) con índice peso/talla promedio de 122,59 (± 7.18). El lado afectado fue el izquierdo en 4, el derecho en 2 y bilateral en 17 casos. En dos pacientes se determinó mediante ecografía que no había crecimiento mamario. Un paciente era portador de síndrome de Weber y presentaba atrofia testicular bilateral. En el resto de los pacientes el desarrollo de genitales externos fue normal. De estos enfermos, 23 relataron el antecedente de disfunción emocional y social por causa de su afección, impidiéndoles la relación normal con sus pares y la realización de una vida consecuente con su edad, asistencia y participación (playa, piscinas, fiestas). Excepto en el paciente portador de síndrome de Weber, no se realizó determinación de niveles



Figura 3a. Ginecomastia derecha por galactocele, vista anteroposterior.



Figura 3b. Vista lateral del mismo paciente.



Figura 3c. Vista 3/4 del mismo paciente.



Figura 4. Galactocele. Extracción de contenido lácteo del galactocele.



Figura 5. Mastectomía del lado afectado. Resultado post operatorio.

hormonales en sangre en los pacientes con GP. El tratamiento quirúrgico fue AU en 6 casos (izquierda en 4 y derecha en 2), AB en 9, ABL en 8 y L en dos (Figura 6). Las piezas operatorias (Figura 7) fueron enviadas para estudio histo-patológico sin que hubiese hallazgos compatibles con malignidad. El resultado estético fue satisfactorio en 24 casos (Figura 8). En 4 casos del grupo AB se decidió colocar drenaje aspirativo por la probabilidad de que presentaran seroma de la herida operatoria ya que se trataba de pacientes con gran lipomatosis de la región mamaria. En 3 de esos 4 casos hubo retracción cicatricial que



Figura 6. A: Liposucción.

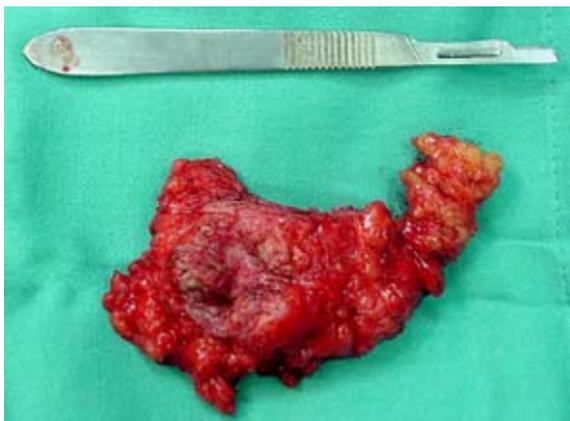


Figura 7. Pieza operatoria.



Figura 8B. Resultado estético post-quirúrgico. Post-operatorio vista de frente.

respondió satisfactoriamente a tratamiento kinésico, y en un caso se produjo un seroma recurrente con infección agregada y que fue tratada con reposición de un dren y antibioterapia (Flucloxacilina por 10 días). El paciente se envió posteriormente a kinesiterapia y se realizó una nueva intervención quirúrgica correctora de la retracción cicatricial persistente con buen resultado. En los demás pacientes no se presentaron complicaciones, y la conducta dentro del entorno familiar y social cambió positivamente en forma considerable según la percepción tanto de los pacientes como de los padres (Tabla I).



Figura 6. B: Volumen graso de cada mama.



Figura 8A. Pre-operatorio vista de frente.

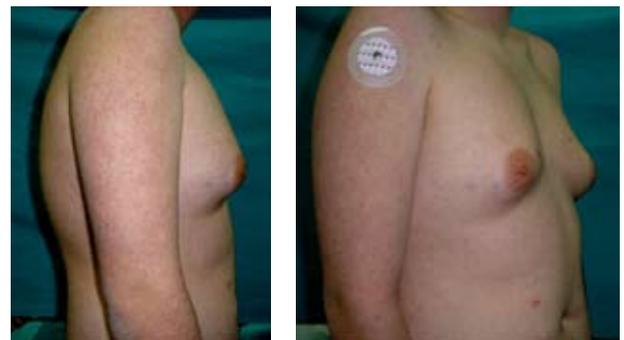


Figura 8C. Pre-operatorio vista lateral y vista tres cuartos.



Figura 8D. Resultado estético post-quirúrgico. Post-operatorio vista tres cuartos.

Tabla I. Cambio de conducta del niño luego del tratamiento quirúrgico.

Comportamiento	Nº	%	Total
Mejóro Notas	10	40	25
Bajó de Peso	9	64	14 (obesos)
Más contento	25	100	25

Discusión

Resulta evidente que al enfrentar un paciente con ginecomastia cuya edad no esté incluida dentro de las etapas de la vida en que ésta se considera fisiológica (neonatal, puberal y senescente), será considerada patológica y el paciente será sometido a un estudio endocrinológico especializado. Es lo que ocurrió en nuestra serie. Ambos lactantes con ginecomastia fueron evaluados, tratados y controlados por un equipo multidisciplinario (endocrinólogo, genetista, cirujano). No sucede lo mismo, sin embargo, con los pacientes que en edades consideradas fisiológicas presentan este hallazgo clínico. Se sabe que el 50% de los recién nacidos de término puede presentar ginecomastia transitoria dada por los altos niveles estrogénicos en la unidad feto-placentaria⁽⁵⁾. La glándula mamaria en el recién nacido es un nódulo firme de no más de un centímetro de diámetro (el neonato prematuro carece de nódulo mamario definido). Este nódulo persiste durante el primer año de la vida, e incluso puede hacerse más prominente alrededor de los seis meses⁽⁶⁾, e involucre lentamente, hasta hacerse muy pequeño en la edad pre-puberal. El

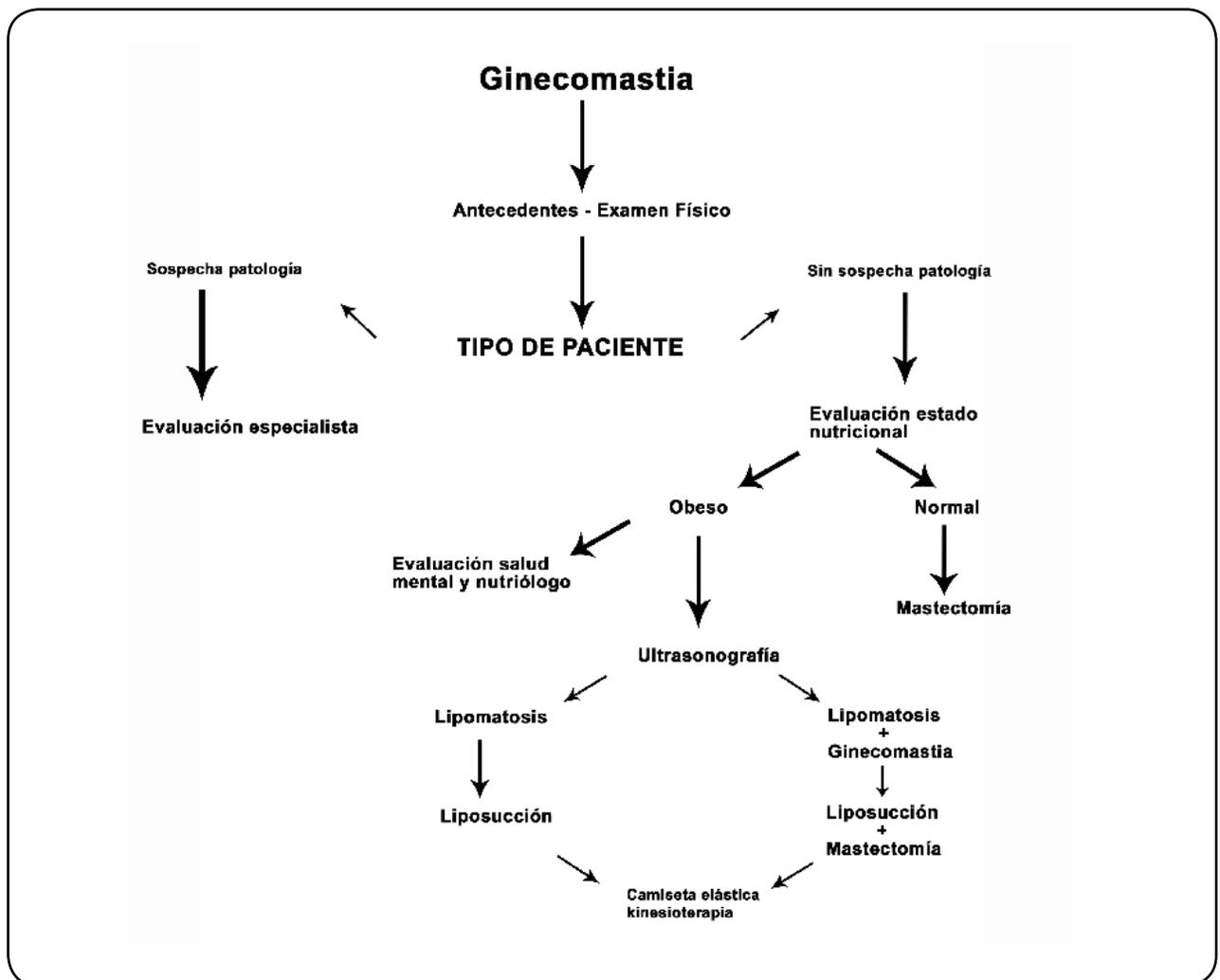
sistema ductal de la glándula mamaria en los niños es bastante variable, desde uno rudimentario hasta otros con lóbulos terminales bien desarrollados sin que esto sea sustentable, según los datos histológicos, sobre un cambio atribuible a las distintas edades⁽⁷⁾. En contraste con la anatomía ductal, el epitelio secretor pasa por etapas progresivas de funcionamiento y sí se correlaciona con la edad. En los primeros tres días y hasta el primer mes, sufre cambios metaplásicos hacia células de tipo apocrino con dilatación quística de los conductos y alvéolos. En los siguientes dos años, la glándula experimenta involución progresiva. La del recién nacido es capaz de secretar leche como reacción a la elevación de la prolactina⁽⁸⁾. Si bien la actividad secretora persiste en su mayor parte durante tres a cuatro semanas, puede estar presente hasta los siete meses, y en la literatura podemos encontrar referencias de pacientes con secreción de leche mucho después de descender los niveles plasmáticos de prolactina⁽⁷⁾. Los dos pacientes con ginecomastia por galactocele en nuestra serie corresponderían a esta descripción. Es interesante además hacer mención a Mc Kierman⁽⁸⁾, quien sugiere que el hecho de que pacientes tengan secreción láctea sin niveles altos de prolactina debería hacer pensar que las hormonas endógenas afectan la función de las glándulas mamarias en la infancia temprana.

La ginecomastia puberal, según la descripción de Braunstein⁽⁹⁾ es la proliferación benigna del tejido glandular de la mama masculina lo suficiente para observarla o sentirla como una proyección. La prevalencia más alta se reconoce a los 13 ó 14 años, lo que corresponde a la etapa 3 ó 4 de Tanner. Por lo general involucre completamente hacia los 16 ó 17 años. El desequilibrio de las concentraciones de estrógenos y andrógenos o sus efectos contribuyen al desarrollo de la ginecomastia durante la pubertad. La transformación periférica de andrógenos en estrógenos eleva los niveles de éstos. Es así como en el estudio publicado por Bulard⁽¹⁰⁾, se advierte una mayor actividad de la aromatasa en los fibroblastos de la piel púbica en pacientes con ginecomastia idiopática, cuya presencia en las mamas podría explicar el aumento de tamaño y desarrollo de ellas^(7, 9). Sin embargo, y tal como ocurrió en nuestra serie, ninguno de los pacientes que consultaron por esta patología fueron sometidos a exámenes tendientes a diagnosticar su perfil hormonal, excepto el portador de síndrome de Weber a quien se había estudiado endocrinológicamente antes de ser derivado a cirujano, por la patología de base. Probablemente esto sea debido a que en el examen físico de los pacientes de nuestro estudio no se encontró alteraciones a nivel del desarrollo genital ni de los caracteres sexuales secundarios. De acuerdo con esta experiencia reportada nos parece importante plantear de manera distinta el enfrentamiento de esta manifestación fisiológica de la pubertad masculina

y re- conceptualizarla tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico.

En relación al estudio de apoyo, creemos que es importante fundamentar con una ultrasonografía de las mamas si se trata de GP pura o asociada a lipomatosis mamaria ya que una técnica quirúrgica sencilla y con buenos resultados como la adenectomía puede resultar inadecuada si no se considera la liposucción en caso de estar acompañada de lipomatosis. Los resultados de la cirugía abierta en la lipomatosis mamaria parecen ser, de acuerdo a este trabajo, inferiores desde el punto de vista estético y de la evolución post-operatoria a la lipoaspiración.

Cuando la cirugía en la ginecomastia es considerada dentro del campo puramente estético, se obvia la importancia de un problema que produce serias alteraciones psicológicas en el niño y el adolescente, principalmente determinando una disminución de la autoestima. Más aún, si consideramos que en muchos de ellos la ginecomastia de la edad puberal es acompañada de obesidad. Por lo tanto, nuestro grupo de trabajo recomienda que, si el paciente solicita tratamiento para esta condición, éste debe ser indicado y evitar así el daño psicológico cuyas consecuencias no podemos definir en este estudio, pero creemos que podrían ser determinantes para el desarrollo normal del niño.



Cuadro 1. Diagrama de flujo para diagnóstico y tratamiento de ginecomastia.

Bibliografía

1. Nutall F. Gynecomastia in a physical finding in normal men J Clin Endocrinol Metab 1979; 48: 338.
2. Mahoney CP. Adolescent gynecomastia. Differential diagnosis and management. Pediatric Clin North Am1990; 37:1389-1404.
3. Couto-Silva A, Adan F, Nunes M. Endocrine problems in adolescence. J Pediatr (Rio J) 2001; 77(Supl.2): 179-189.
4. Colonna MR, Baruffaldi Preis FW. Gynecomastia: diagnostic and surgical approach in the treatment of

- 61 patients. Ann Ital Chir 1999; 70: 699-702.
5. Glass A. Gynecomastia. Endocrinol Metab Clin North Am 1994; 23: 825.
 6. Mc Kiernan J, Coyne J, Cahalane S. Histology of breast development in early life. Arch Dis Child 1988; 63:136-139.
 7. Anbazhagan K, Bartek J, Monaghan P, *et al.*: Growth and development of the human infant breast . Am J Anat 1991; 192: 407-417.
 8. Mc Kiernan J, Hull D. Prolactin, maternal oestrogens and breast development in the newborn. Arch Dis Child 1981; 56: 570-574.
 9. Braunstein GD. Gynecomastia. N Engl J Med 1993; 328: 490-495.
 10. Bulard J, Mowszowicz I, Schaison G. Increased aromatase activity in pubic skin fibroblasts from patients with isolated gynecomastia. J Clin Endocrinol Metab 1987; 64: 618-623.