

GINECOMASTIA. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TRATAMIENTO EN LA PUBERTAD

GYNECOMASTY. CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT IN PUBERTY

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.6499147>

AUTORES: Cristian Andrés Arcos Buñay¹
Anthony José Párraga Ramírez²
Mauricio Daniel Endara Salazar³
Vanessa Stephania Velásquez Apolo⁴
Jousthyn Armando Granizo Freire⁵

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA: crisarcos1230@gmail.com

Fecha de recepción: 11 / 01 / 2022

Fecha de aceptación: 03 / 03/ 2022

Fecha de publicación: 31 / 03 / 2022

RESUMEN:

La ginecomastia es la enfermedad que se caracteriza por el aumento no tumoral de tejido glandular mamario en el varón. Puede aparecer desde la etapa neonatal hasta en el adulto mayor. Esta afección tiene características específicas y responde a diversas causas. El grado de ginecomastia es variable y abarca desde la presencia de un botón subareolar hasta el

¹*Médico General. Hospital Básico El Corazón. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1068-79566> Email: crisarcos1230@gmail.com

²*Médico. Hospital Naval Guayaquil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2804-960XX> Email: a.parraga09d08@gmail.com

³*Médico General. Centro Médico Virgen La Dolorosa. Moraspungo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1221-823X> Email: mauricioendarasalazar@gmail.com

⁴*Médica. Hospital Clínica San Francisco. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3398-72066> Email: vsval125@hotmail.com

⁵*Médico y Magister en Seguridad y Salud Ocupacional. Hospital Naval Guayaquil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7443-0482> Email: jousthyn_27@hotmail.com

desarrollo de una mama con características similares a la de una mujer en la edad adulta. Es causa frecuente de consulta médica durante la niñez y más frecuente en la pubertad. El diagnóstico se realiza por lo general mediante examen físico de la región anterior del tórax a nivel de las mamilas. La ginecomastia puberal puede coincidir con múltiples afecciones y, además de ser una afección física, puede ocasionar trastornos psicológicos en los adolescentes que la presentan; es por este motivo que se debe tener especial cuidado del paciente durante el período puberal.

PALABRAS CLAVE: ginecomastia, adolescente, testosterona, mastectomía

ABSTRACT

Gynecomastia is the disease characterized by the non-tumorous increase in mammary glandular tissue in men. It can appear from the neonatal stage to the elderly. This condition has specific characteristics and responds to various causes. The degree of gynecomastia is variable and ranges from the presence of a subareolar button to the development of a breast with characteristics similar to those of an adult woman. It is a frequent cause of medical consultation during childhood and more frequent in puberty. Diagnosis is usually made by physical examination of the anterior region of the chest at the level of the nipples. Pubertal gynecomastia can coincide with multiple conditions and besides being a physical condition, it can cause psychological disorders in adolescents who present it; it is for this reason that special care of the patient must be taken during the pubertal period.

KEY WORDS: gynecomastia, teen, testosterone, mastectomy

INTRODUCCIÓN

La ginecomastia es una afección de origen benigno que consiste en la proliferación del tejido glandular mamario en el varón y depósito excesivo de tejido adiposo, puede ser

unilateral o bilateral, concéntrica o no al pezón y la areola. La ginecomastia puberal es un motivo muy frecuente de atención en consultas médicas de pacientes adolescentes. Puede desencadenar trastornos psicológicos y emocionales en la pubertad que requieren tratamiento (Araujo Herrera, 2014).

La enfermedad es más frecuente en pacientes masculinos entre los 13 y 14 años de edad, la padecen alrededor de 50% de los púberes. Se ha demostrado en diferentes investigaciones realizadas al respecto que en un 95% de los casos involuciona espontáneamente sin tratamiento. El límite fisiológico de evolución considerado en la ginecomastia es de 24 meses o hasta que el paciente cumple la edad de 17 años (Hayes Dorado, 2013).

En esta enfermedad histológicamente existe una proliferación ductal en un estroma de tejido fibroso. Con el tiempo el tejido tiende a ser más denso y fibrótico, pero benigno. El tratamiento varía en dependencia de la edad del paciente y el grado de la misma, de modo que requiere observación y seguimiento médico. Si bien involuciona espontáneamente en algunos casos, en otros requiere tratamiento medicamentoso y/o quirúrgico (Barros& Sampaio, 2012).

DESARROLLO

La etiología de la ginecomastia es multifactorial. Entre los principales factores se citan el hipogonadismo, donde existe la disminución o ausencia en la producción de testosterona que ocasiona incremento de hormona luteinizante (LH) y se eleva la secreción de estradiol por las células de Leydig (Jiménez Almaguer et al, 2020).

En la hiperprolactinemia, en la cual la prolactina estimula directamente el crecimiento de la mama masculina, causa hipogonadismo secundario y altera la relación andrógeno/estrógeno, ya que la cantidad de receptores androgénicos disminuyen y, por consiguiente, aumentan los receptores de estrógenos. Puede estar determinada por

desbalances estrógeno/testosterona que ocurren en pacientes que consumen medicamentos como Espironolactona, Cimetidina, Omeprazol, Ketoconazol e Imatinib (Barros & Sampaio, 2012).

También esta enfermedad puede aparecer por la exposición de los pacientes a químicos con cierta actividad agonista estrogénica como son las radiaciones, pesticidas, contaminantes ambientales, combustibles, hidrocarburos aromáticos policíclicos, entre otros; así como en enfermedades que cursan con malnutrición, en las cuales existe una disminución en la degradación de estrógenos. Existen otras causas pero menos frecuentes (Barros & Sampaio, 2012).

En relación con el tamaño o extensión de la ginecomastia, Hung Huang y colaboradores (2016) citan la clasificación que las divide en cuatro grados:

- Grado I: Cuando existe aumento del diámetro y protrusión leve limitada a la región areolar.
- Grado II: Hipertrofia moderada con el complejo areola-pezones sobre el pliegue inframamario.
- Grado III: Existe mayor hipertrofia mamaria, ptosis glandular y complejo areola-pezones a la misma altura o hasta 1 cm bajo el pliegue inframamario.
- Grado IV: Mayor hipertrofia mamaria, con redundancia severa de la piel, ptosis severa y complejo areola-pezones más de 1cm bajo el pliegue inframamario.

El tratamiento de la ginecomastia puberal varía en dependencia de la edad del paciente y el grado de la misma, en algunos pacientes se indica observación y seguimiento médico conservador por un período entre 3-6 meses, pues por lo general esta suele involucionar espontáneamente (Barrantes Rodríguez, 2016).

Si se trata de un adolescente con sobrepeso u obeso, se debe indicar una dieta baja en calorías y carbohidratos y ejercicios físicos como primera línea de tratamiento, ya que el volumen de la mama puede estar muy aumentado por la proliferación de tejido graso en

estos pacientes; además, debe suspenderse cualquier droga o medicamentos que pudieran ser la causa de ginecomastia (Nuñez et al., 2010).

Unido al tratamiento médico es importante explicar al paciente y su familia que esta es una enfermedad que no genera consecuencias en relación a la virilidad o fertilidad del varón y que se trata de una afección de etiología benigna en la cual no existe la posibilidad de malignización (Ruiz et al., 2013).

Es preciso orientar muy bien, tener en cuenta y tratar los trastornos emocionales que pueden estar presentes como sentimientos de inferioridad, baja autoestima, miedo y ansiedad en los pacientes jóvenes. Algunos casos requieren tratamiento medicamentoso con andrógenos como Testosterona, terapia sustitutiva en los hipogonadismos de corta evolución pero no se han obtenido resultados satisfactorios. Una minoría de pacientes requerirá de tratamiento quirúrgico (Palmieri et al., 2021).

Están descritas diferentes técnicas quirúrgicas las cuales dependen del grado de la ginecomastia, de la distribución de grasa y parénquima de la mama. Entre las técnicas quirúrgicas están la exéresis quirúrgica simple, la cual se indica en pacientes con aumento de la mama debido a hipertrofia glandular; también, la liposucción simple, que se debe aplicar a los casos en los que predomine el tejido graso (Bailey et al., 2016).

Se pueden combinar la exéresis quirúrgica con la liposucción en los pacientes con hipertrofia glandular limitada al área retro o periareolar, y que el resto del aumento mamario se deba a tejido graso. En los pacientes que tengan un exceso cutáneo puede que se requiera trasladar el complejo areola-pezones y en ellos se realizará la exéresis quirúrgica más resección cutánea (Oroz et al., 2005).

Por lo general, los resultados en pacientes operados de ginecomastia son satisfactorios desde el punto de vista quirúrgico, estético y psicológico pero pueden aparecer

complicaciones tales como hematomas, seromas, necrosis, defectos estéticos no esperados o iatrogénicos tales como depresiones de la areola, malposiciones, cicatrices hipertróficas o ensanchadas, las que son más frecuentes en pacientes obesos con abundante tejido graso a nivel de las mamas o en aquellos que se les practique una liposucción o exceresis excesiva y quede gran cantidad de piel redundante (Calderon et al., 2010).

CONCLUSIONES

La ginecomastia puberal es una enfermedad benigna que puede desaparecer espontáneamente en la mayoría de los pacientes, solo la minoría necesita tratamientos tanto medicamentosos como quirúrgicos; también genera alteraciones estéticas, las cuales pueden afectar la esfera psicológica en pacientes púberes, por lo que requiere atención médica especializada. En la actualidad los resultados son favorables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araujo Herrera, O. (2014). Ginecomastia fisiológica puberal. *Revista Cubana de Pediatría*, 86(4), 495-501.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312014000400010&lng=es&tlng=es.
- Bailey, S.H., Guenther, D., Constantine, F., Rohrich, R.J. (2016) Gynecomastia management: An evolution and refinement in technique at UT Southwestern Medical Center. *Plast Reconstr Surg Glob Open*, 4 (6), 734.
- Barrantes Rodríguez, K. (2016). Ginecomastia: manifestaciones, etiología, abordaje diagnóstico y tratamiento. *Med Leg Costa Rica*, 33 (1), 205-10.
https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152016000100205&script=sci_abstract&tlng=es
- Barros, A. C. & Sampaio, M. C. (2012). Gynecomastia: Physiopathology, evaluation and treatment. *Sao Paulo Med J*, 130(3), 187-97.
- Calderon, W., Cabello, R., Calderón, D., Olguin, F. (2010). Tratamiento quirúrgico de la región mamaria masculina prominente. *Cir Plast Iberolatinoam*, 36(1), 19-24.
- Hayes Dorado, J.P. (2013). Ginecomastia puberal. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*, 52(3), 138-142.
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752013000300002&lng=es&tlng=es.

- Hung Huang, S., Rivera, J., Barrios, M.C., Silvestre, R., & Gómez-Pérez, R. (2016). Ginecomastia de Origen Multifactorial en el Adulto Mayor: Revisión fisiopatológica de un caso. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 14(1), 45-55. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102016000100006&lng=es&tlng=es.
- Jiménez Almaguer, D., Casado Méndez, P., Suárez Castillo, Y., Santos Fonseca, R.S., López Sánchez, I., & García Váldez, N. (2020). Caracterización clínico-etiológica y bioquímica de pacientes con ginecomastia. *Revista Cubana de Endocrinología*, 31(1), e128. Epub 01 de agosto de 2020. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532020000100005&lng=es&tlng=es
- Nuñez, F.J., Artola, E., Cancela, V. Fernández, C., Palacios, J.R. (2010). Ginecomastia. Fisiopatología y actualización de las opciones terapéuticas. *Bol Pediatr*, 50 (1), 263-71.
- Oroz, J., Pelay, M., Roldán, P. (2005). Ginecomastia. Tratamiento quirúrgico. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 28 (2), 109-16.
- Palmieri, A., González, J.A., Guardo, L.L, Palmieri, A.M., & Hernández, L.A. (2021). Ginecomastia: Consideraciones médicas y quirúrgicas en cirugía general. *Revista Colombiana de Cirugía*, 36(3), 499-513. Epub July 17, 2021. <https://doi.org/10.30944/20117582.750>
- Ruiz B, Raigosa M, Salvador L. Nuevo paradigma del tratamiento quirúrgico de la ginecomastia. *Cir Plast Iberolatinoam*. 2013;39(2):121-7.