

PRESENTACIÓN DE CASO**Presentación de un paciente con pseudoginecomastia****Presentation of a Patient with Pseudoginecomastia****Raquel Rojas Bruzón¹, Yulexis Hechavarría Jimenes², Kenia Quintana Santana³**

1. Especialista de Segundo Grado en Quemados y Cirugía Plástica. Profesor Auxiliar. Hospital Vladimir Ilich Lenin. Universidad de Ciencias Médicas. Holguín. Cuba.
2. Especialista de Primer Grado en Quemados y Cirugía Plástica. Instructora. Hospital Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.
3. Especialista de Primer Grado en Quemados y Cirugía Plástica. Hospital Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.

RESUMEN

Se presentó la evolución de un paciente con pseudoginecomastia tratado en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Vladimir Ilich Lenin durante diciembre de 2013. Se le realizaron estudios hormonales que arrojaron resultados dentro de límites normales y ultrasonido donde se informó predominio de tejido graso. Acudió a consulta psicológicamente afectado por la apariencia femenina de sus mamilas y se decidió tratamiento quirúrgico. Se combinaron ambas técnicas quirúrgicas, primero se aspiró la grasa periareolar en exceso y luego se cortó la piel redundante alrededor de las areolas de formas periareolar; con lo que se logró una aproximación estética a la apariencia masculina de sus mamilas después de una intervención quirúrgica, combinando la lipoaspiración con la técnica periareolar para minimizar las cicatrices que denotarían una mamila operada.

Palabras clave: ginecomastia, liposucción, pseudoginecomastia.

ABSTRACT

The evolution of a patient with pseudoginecomastia treated in the Plastic Surgery of Vladimir Ilich Lenin Hospital in December 2013 was presented. The results of hormonal studies were normal and ultrasound showed predominance of fatty tissue. The patient was psychologically affected because his breast looked like the female one. Surgical treatment was decided to perform. Two surgical techniques were combined, the first one was the periareolar fat aspiration and the second one was to cut the redundant skin around the areola; obtaining a male aesthetic appearance trying to minimize scarring.

Keywords: gynecomastia, liposuction, pseudogynecomastia.

INTRODUCCIÓN

La ginecomastia es una de las afecciones que más repercuten negativamente en la psiquis del hombre; ocasiona serios trastornos psicológicos y de adaptación en personas jóvenes¹ y se considera como la lesión más frecuente de la mama. Se define como el desarrollo excesivo de las glándulas mamarias en el sexo masculino².

Existen tres tipos de ginecomastia, de acuerdo con el patrón tisular que predomine: ginecomastia glandular, ginecomastia grasa y ginecomastia mixta. La ginecomastia, (mamas femeninas) es la anomalía mamaria más frecuente en el sexo masculino, en donde existe un desarrollo excesivo de su tejido fibroso, ductal y adiposo con predominio variable de cada uno de ellos y, como consecuencia, aumento del tamaño de esta región. En la mayor parte de los casos ocurre en fases de cambios hormonales del hombre, como en la infancia, la adolescencia y la vejez. Esta alteración, en su mayoría reversible es por lo tanto, un cuadro benigno, tratable y corregible.

La pseudoginecomastia, es un cuadro que a menudo se confunde con la ginecomastia y consiste en el aumento de tejido graso en la región pectoral. Su causa está principalmente asociada a la obesidad, pero puede verse también en otras enfermedades en las que existe acumulación excesiva de tejido graso y generalmente es bilateral. Muchas veces un paciente presenta ambos cuadros asociados³.

A través del tiempo, la corrección quirúrgica de la ginecomastia es una preocupación constante de los cirujanos plásticos y se han empleado diferentes técnicas quirúrgicas para su solución, en dependencia del grado de la enfermedad y del tipo de incisión. Entre estas últimas se destacan las preconizadas por *Dofourmentel* en 1928, *Pitangy* en 1968, *Letterman* y *Schürter* en 1969, 1972 y actualmente mantiene vigencia la incisión periareolar ⁴.

Más recientemente, con el advenimiento de la lipoaspiración, se da un nuevo enfoque en el tratamiento quirúrgico de la enfermedad de referencia, con una mayor aceptación por parte de pacientes y cirujanos^{5, 6}. En pacientes con componente adiposo asociado, la lipoaspiración permite optimizar el resultado, al mejorar el contorno de la región pectoral.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, de 24 años de edad, con antecedentes de buena salud. Acudió a Consulta de Cirugía Plástica en Hospital Vladimir Ilich Lenin durante diciembre de 2013 para valoración de tratamiento quirúrgico reconstructivo de sus mamilas, pues notó que desde su pubertad, esta fue incrementando su volumen y en esos momentos su volumen alcanzaba el de una mama. Años atrás tuvo un hijo. El paciente estaba sufriendo un daño psicológico importante.

Examen físico

Se atendió un paciente obeso, con expresión facial afeminada, pero su postura y marcha masculina. El panículo adiposo está de forma general muy aumentado a predominio del abdomen, flancos y presuntamente en las mamilas. Hasta este momento no estaba definido si el paciente estaba padeciendo una ginecomastia o pseudoginecomastia.

- Ginecomastia: existe un desarrollo excesivo de su tejido fibroso, ductal y adiposo con predominio variable de cada uno de ellos y, como consecuencia, aumento del tamaño de esta región.
- Pseudoginecomastia: el aumento de tejido graso en la región pectoral. Presentó genitales externos normales y el resto del examen físico fue normal.

Complementarios

Hemograma completo con parámetros normales; hemoglobina (Hb): hombre 130 a 170 g/L, mujer 120 a 160 g/L; diferencial: neutrófilos 0,55-0,65; linfocitos 0,25-0,35; monocitos 0,03-0,06; eosinófilos 0,02-0,04; basófilos 0,00- 0,01 (valores de referencia).

Valores del paciente: Hb= 140g/L, neutrófilos=0,60; linfocitos=0,26; monocitos=0,02; eosinófilos =0,2; basófilos=0,00.

Eritosedimentación con parámetros normales en hombre 0-10 mm/h y mujer 0-20 mm/h. Valores del paciente: 10 mm/h.

Coagulograma completo con parámetros normales. Plaquetas: 150 000 a 350 000 x 10⁹/L; tiempo de sangramiento: de 5 a 10 minutos; tiempo de protrombina hasta 2 paciente por encima del control; coágulo: retráctil.

Valores paciente: plaquetas: 180 000 x 10⁹/L; tiempo de sangramiento 5 min; tiempo de protrombina 14 con 12 de control; coágulo retráctil.

El ultrasonido de ambas mamilas arrojó que estaban compuestas por tejido predominantemente graso.

Estudio hormonal con parámetros normales:

HTSH: valores normales= 0,27-4,20 UIU/ml Paciente: 2,5 UIU/ml

Prolactina: valores normales=hasta 650 mUI/ml Paciente: 150 mUI/ml

Progesterona en el hombre = 0,2 -1,4 ng/ml Paciente: 0,51 ng/ml

Cortisol: de 147 -726 nmol/l Paciente: 213 nmol/l

Testosterona en el hombre= 9-35 ng/ml Paciente: 18 ng/ml

DISCUSIÓN

La ginecomastia es un problema frecuente en púberes y adolescentes, con prevalencia de 19% a 70% y mayor frecuencia entre los 14 y 15 años. En 90% de los casos desaparece espontáneamente en un período de tres años. En el adulto sano, se estimaba poco frecuente, aunque estudios en personal militar, hospitalizados, tercera edad y autopsias, revelan prevalencia entre 35% y 65%. Estas diferencias en prevalencia se explican por los criterios de diagnóstico utilizados, unos consideran ginecomastia sobre 0,5 cm y otros sobre 2,0 cm. Hay discusión entre los autores respecto a cómo estudiar una ginecomastia. Algunos solicitan inmediatamente exámenes de laboratorio, hormonas, marcadores tumorales e imágenes, lo que sería de alto costo y bajo rendimiento¹.

Ante este paciente joven ([fig. 1](#)), obeso, con un estudio hormonal normal, antecedentes de ser padre y un ultrasonido de ambas mamilas con tejido predominantemente graso se planteó el diagnóstico de una pseudoginecomastia, se planeó para el tratamiento quirúrgico previa anestesia general endovenosa, la combinación de la remoción de la grasa por el método de lipoaspiración súper húmedo, se utilizó aspiradora al vacío de 1 atmósfera, se aspiró 150 ml de grasa entre ambas mamilas luego de lo que se realizó remodelación de la piel redundante de forma peri areolar para que la cicatriz fuera menos visible.



Fig. 1. Preoperatorio

Se realizó sutura intradérmica en los bordes de la areola con nylon 4-0, previo puntos de anclaje en los cuatro puntos cardinales. Luego se colocó un vendaje elástico compresivo que debió mantener por un periodo de tres meses hasta que se atrofiara la grasa dañada, no aspirada en el acto quirúrgico, se restableciera el drenaje linfático y por lo tanto desapareciera el edema residual.

Con la técnica peri areolar se disminuyó el perímetro areolar hasta el apropiado en la mamila de un hombre, se obtuvo una reducción considerable del volumen de la mamila con la lipoaspiración hasta armonizar con el biotipo del paciente y se minimiza la cicatriz hasta la zona peri areolar, lo cual disminuyó considerablemente la apariencia de mamila operada ([fig. 2](#)).



Fig. 2. Postoperatorio inmediato

Este resultado se hace más estable después de disminuir el edema ([fig.3](#)).



Fig. 3. A los 21 días de operado

La combinación de la lipoaspiración de la grasa con la reducción periareolar de la piel es una alternativa quirúrgica con resultados estéticos favorables en la pseudoginecomastia. La alternativa quirúrgica empleada disminuyó la imagen de mamila operada por no tener grandes cicatrices visibles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Devoto E, Madariaga M, Aravena L, Lioi X. Etiología de la ginecomastia. Importancia de no subdiagnosticar una ginecomastia patológica. Rev Méd Chile. 2007 [citado 20 de mayo del 2014]; 135(2):189-197: Disponible en: [http://www.researchgate.net/publication/242162987 Etiologa de la ginecomasta Importancia de no subdiagnosticar una ginecomastia patologica](http://www.researchgate.net/publication/242162987_Etiologa_de_la_ginecomasta_Importancia_de_no_subdiagnosticar_una_ginecomastia_patologica)
2. Rodríguez Serna A, Vela Desojo A. Evaluación diagnóstica de la ginecomastia. Bol S Vasco Nav Pediatr. 2009 [citado 20 may 2014]; 41(1): 33-37. Disponible en: [http://www.researchgate.net/publication/41208114 Evaluacin diagnostica de la ginecomastia?ev=auth_pub](http://www.researchgate.net/publication/41208114_Evaluacin_diagnostica_de_la_ginecomastia?ev=auth_pub)
3. Calderón W, Cabello R, Israel G, Bassa J, Kayak L, Olgún F, et al. Ginecomastia y pseudoginecomastia. Tratamiento. Rev Chil Cir. 2009 [citado 2 jul 2014]; 61(2).Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262009000200005
4. Tu LC, Tung KY, Chen HC, Huang WC, Hsiao HT. Eccentric mastectomy and zigzag periareolar incision for gynecomastia. Aesthetic Plast Surg. 2009 [citado 17 jun 2013]; 33(4):549-54. Diponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00266-008-9285-9>
5. Alonso G, Eugenia Escobar M, Pipman V, Arcari A, Blanco M, Boulgourdjian E. Enfoque práctico del manejo de la ginecomastia. Seis preguntas que debe responderse el pediatra ante un paciente con ginecomastia. Arch Argent Pediatr. 2011 [citado 20 may 2014]; 109(4):365-368. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752011000400020&script=sci_arttext&tlng=en
6. Núñez Rodríguez FJ, Artolaizalde E, Cancelamuñiz V, Fernández Ramos C, Rodrigo J. Ginecomastia. Fisiopatología y actualización de las opciones terapéuticas. Bol de Pediatría de Asturias. 2010 [citado 2 jul 2014]; 50: 263-271. Disponible en: www.sccalp.org/documents/0000/1673/BolPediatr2010_50_263-271.pdf

Recibido: 2 de junio de 2014

Aprobado: 3 de septiembre de 2014

Dra. *Raquel Rojas Bruzón*. Hospital Vladimir Ilich Lenin. Universidad de Ciencias Médicas. Holguín.
Cuba.

Correo electrónico: bruzonhl@infomed.sld.cu