

# PATOLOGIA MAMARIA BENIGNA GINECOMASTIA

**Autores: Jaime Sánchez Sabando \*\*  
Dr. Nery Rivadeneira \*\***

\*Cirujano Oncólogo SOLCA

\*\* Médico Adscrito SOLCA

**D**escrita por primera vez por Basedow en 1848, la ginecomastia es el crecimiento de la glándula mamaria del varón, puede ser unilateral o bilateral, de características benignas, no hereditaria, de crecimiento lento y alcanzar dimensiones similares a la de la mama femenina, estar además asociada o ser producto de un trastorno metabólico o en la mayoría de los casos no tener ningún otro factor asociado y ser de esa manera considerada como idiopática. (1,2,3)

Nosotros en el Instituto Oncológico de SOLCA hemos tenido oportunidad de manejar un total de 228 pacientes con esta patología, en el lapso de 8 años comprendidos desde el año de 1982 hasta 1989.

A continuación expondremos las principales características de la enfermedad, la forma de presentación, las edades en las que se presenta, el diagnóstico y la forma de tratar la misma, así como haremos hincapié de alguna de las particularidades de la misma y su potencial relación que pudiera tener con el cáncer de mama en el

Hombre.

## MATERIAL Y METODOS

Para realizar el trabajo hemos revisado las historias clínicas que están en el departamento de estadística de SOLCA y que tienen el Código 611, que corresponde a patología benigna de la mama y en donde se incluyen las adenosis, los fibroadenomas etc de acuerdo a la clasificación de la OMS (4).

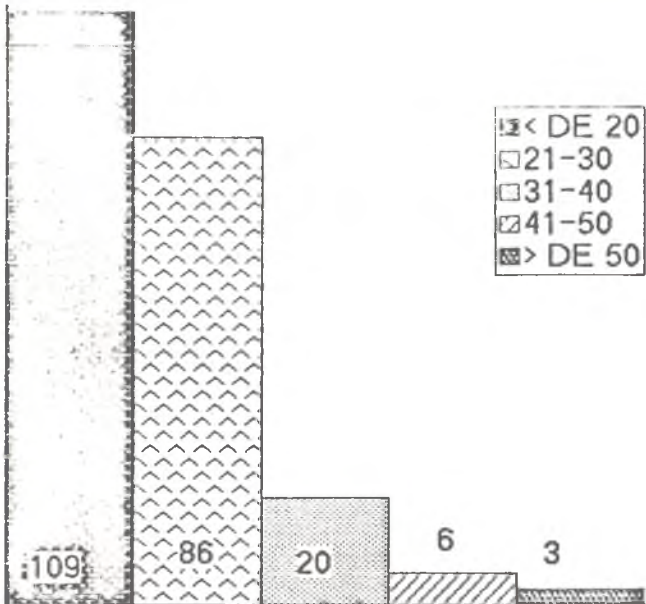
Hemos tomado los datos desde el punto de vista estadístico en lo que se refiere a los años en que se han presentado los casos. La incidencia por edades se ha establecido de acuerdo a los grupos etarios, los cuales se los ha dividido en 5 grupos que van desde menores de 20 años hasta mayores de 50 años. También se ha considerado además la ubicación en lo que a la mama se refiere, así como los signos y síntomas que motivaron la consulta. El tamaño del tumor fue un dato que también se tomó en consideración así como el diagnóstico patológico. En el estudio no se han tomado en consideración las ginecomastias mínimas y que son motivo de la consulta por los padres, así como tampoco aquellas ginecomastias que resultan del tratamiento de los cánceres de próstata en el Instituto.

## RESULTADOS

Como se observa en el cuadro No. 1 hemos tenido un total de 228 pacientes con ésta patología, lo cual nos ha permitido manejar 235 ginecomastias, la diferencia en las cifras es debido a que han habido 7 bilaterales. Además podemos observar que la incidencia está aumentando paulatinamente.

AÑOS	NUMERO DE GINECOMASTIA
1982	16
1983	12
1984	21
1985	32
1986	25
1987	38
1988	38
1989	46
TOTAL	228

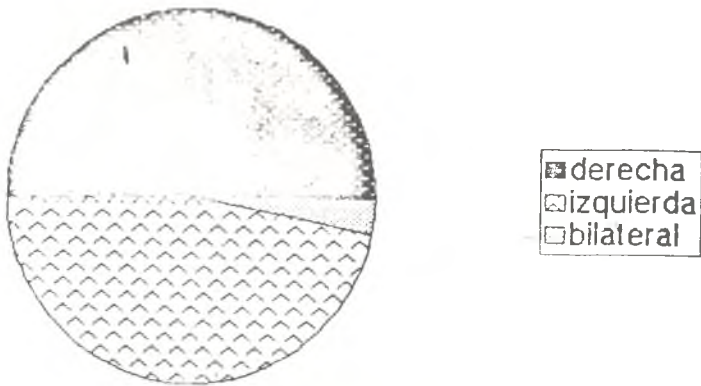
CUADRO 2



En lo que a grupo etario se refiere la mayor cantidad de casos ocurre en personas jóvenes, es decir en hombres menores de 20 años en donde tenemos 109 casos, para ir disminuyendo paulatina-mente hasta casi desaparecer en la séptima década de la vida. El más pequeño caso se observó en un menor de 3 años y el mayor en un anciano de 75 años lo cual nos da una media de 37 años y una mediana de 23 años. Véase cuadro 2

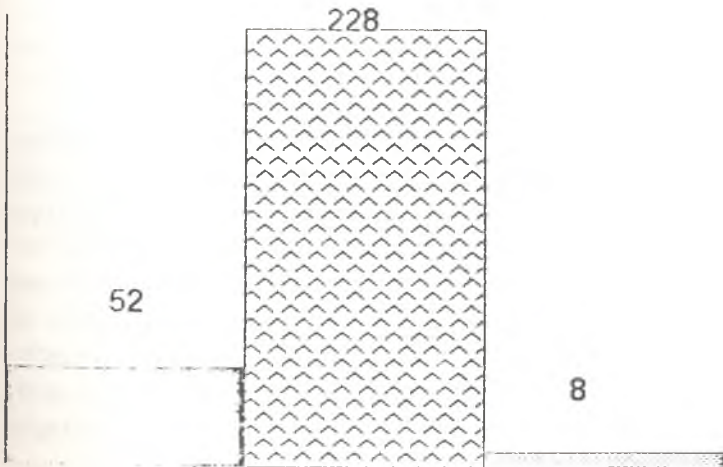
Respecto de la ubicación se refiere la ginecomastia ocurre en cualquiera de las dos mamas pero con una ligera incidencia mayor en la mama derecha. Así mismo hemos tenido 7 casos de gineco-mastia bilateral cuadro 3.

CUADRO 3

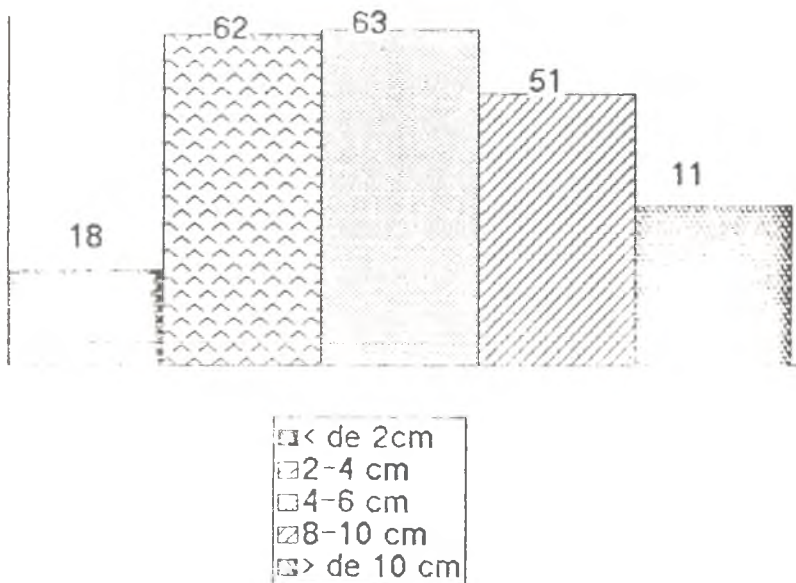


Dentro de lo relacionado al motivo de consulta tenemos que la mayor causa por la que consultan los pacientes es el tumor, el cual estuvo presente en todos los pacientes constituyendo el 100% de los casos, 52 pacientes presentaron dolor lo que constituye el 22% y un pequeño pero significativo número de pacientes consultó por telorrea la cual motivó investigación a través de tinción de papanicolau, puesto que es indispensable establecer que la presencia de secreción en el hombre similar a lo que ocurre en la mujer tiene una significación importantísima puesto que las posibilidades de que se trate de un proceso maligno es tres veces mayor en el caso masculino que en el caso femenino (5,6) Cuadro 4.

CUADRO 4

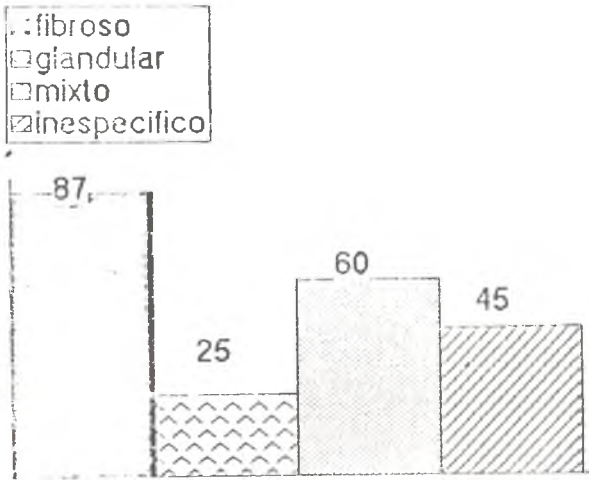


En aquello que al tamaño del tumor se refiere hemos tenido oportunidad de manejar ginecomastias que van desde los 2cm de diámetro, hasta tumoraciones que alcanzan más de 10 cm. de diámetro mayor y que constituyen verdaderas mamas del tamaño de la mama femenina. Véase cuadro 5.



Por lo que respecta a los tipos histológicos tenemos que establecer que en nuestros pacientes hay los tres tipos de la clasificación de Stephan (7) es decir el tipo glandular, el tipo fibroso y el tipo mixto o fibro-glandular predominando especialmente el tipo fibroso con 87 casos. además hay un grupo de ginecomastias en las que no consta esta clasificación sino tan sólo la referencia de tratarse de una ginecomastia, y se las ha agrupado como inespecíficas e incluyen aquellas patologías que cursaban con papilomas ductales, quistes sebáceos, hidradenitis y que eran las causantes de la telorragia. Véase cuadro 6

CUADRO 6



DISCUSION

Como hemos establecido la ginecomastia no es sino el crecimiento de la glándula mamaria en el varón el cual puede considerarse como un fenómeno natural y fisiológico en la época puberal, caracterizándose por el crecimiento de un pequeño botón retroareolar doloroso casi siempre bilateral y que va involucionando lentamente a medida que continúa el desarrollo hasta desaparecer en la época de la adolescencia. (1,2,3).

Sin embargo de lo anterior, en muchos casos esta involución no ocurre sino por el contrario comienza un lento y progresivo crecimiento uni o bilateral, y la glándula mamaria llega alcanzar grandes tamaños y en algunos casos similares a la mama femenina lo cual ocasiona en el paciente fuertes trastornos psicológicos lo que lo obliga a buscar tratamiento médico que en todos los casos de este tipo será siempre quirúrgico. Tratando de explicar la causa de este crecimiento inusual hemos buscado posibles factores etiológicos como



el caso de ser producida por trastornos hormonales con un aumento en la prolactina o la presencia de un tumor hipofisiario productor de prolactina o de estrógenos y en los casos en que se practicaron determinaciones de prolactina en la sangre ésta se encontraba dentro de los límites normales, así como también la radiografía de la silla turca estaba dentro de los límites normales, por lo que deducimos que en nuestros casos juveniles la ginecomastia es de origen idiopático similar a lo que han determinado otros autores en otras series de pacientes estudiadas. (8,9). Este es el grupo que mayor número representa en nuestro estudio con cerca de 200 casos. La característica de esta ginecomastia es de ser por lo general dura, dolorosa, unilateral, teniendo como antecedente un traumatismo en la zona, de crecimiento lento y sin estar asociada a ninguna otra causa u otra patología.

En lo que al diagnóstico se refiere como observamos en el cuadro número 4 el tumor constituye el principal motivo de consulta. El tamaño del mismo varía desde 2 cm. de diámetro hasta casos mayores a los 10 cm. El tiempo de evolución en estos últimos es por lo general de varios años, y en estos casos solicitamos estudios especiales como la determinación de la prolactina en la sangre, Rx de la silla turca, estudio de la función hepática. Todos los resultados han sido negativos para determinar una causa orgánica, por lo que se determinó que su crecimiento era idiopático y se limitó el tratamiento a la excéresis quirúrgica.

Otro síntoma de consulta fue el dolor. Este se caracteriza por ser pulsátil, en especial al roce con la vestimenta o a la palpación, por lo general ocurre en las ginecomastias bilaterales o en las ginecomastias insipientes. Como establecimos al principio en este estudio no están incluidos aquellos pacientes jóvenes que tienen ginecomastias mínimas, y cuyo tratamiento es sólo con antiinflamatorios locales, y la resolución es casi total al término del desarrollo. Sólo aquí se han considerado los 52 casos que cursaron con dolor y además tenían tumor palpable mayor de 2 cm de diámetro y que tu-



vieron resolución quirúrgica.

El otro síntoma o signo incluido en el motivo de consulta del presente estudio fue la telorrea, la cual se ha definido como la secreción proveniente del pezón de forma espontánea o provocada por la expresión. Hemos tenido 8 casos de estos. Es importante destacar que la presencia de este signo es de muchísimo valor en lo que al potencial de malignidad se refiere puesto que su presencia tiene un significado tres veces mayor de ser una patología maligna que en caso se trate de una telorrea femenina. (5,6) La causa de la misma en nuestros pacientes se debió en 3 casos a ginecomastias con papiomas ductales y los otros 4 casos fueron procesos inflamatorios como quistes sebaceos (2 casos), hidradenitis (2 casos).

Existe también un tipo de ginecomastia que es producida por un aumento de la acción de las hormonas sexuales especialmente los estrógenos que en pequeñas cantidades circulan en el organismo y que normalmente deberían ser metabolizadas en el hígado, pero que por enfermedades hepáticas crónicas como la hepatitis crónica, el alcoholismo severo asociado al fallo hepático, la cirrosis descompensada, el hiperaldosteronismo secundario etc., los estrógenos no pueden ser metabolizados y su nivel aumenta considerablemente en la sangre y son los responsables de la aparición de la ginecomastia, además en estos pacientes también se ha observado una disminución de los andrógenos en especial de la testosterona sea por disminución de la hidroxilación o por bloqueo de la liberación de los factores estimulantes a nivel hipotalámico debido a la acción de los estrógenos que se encuentran elevados. (10,11) La característica fundamental de este tipo de ginecomastia es ser por lo general bilateral, alcanza tamaños relativamente grandes hasta un diámetro de 5 cm o más, de consistencia blanda, no dolorosa y que tiende a involucionar si se corrige la falla metabólica que la produjo. Nosotros hemos tenido oportunidad de manejar 12 casos de estos y la edad de aparición ocurre por lo general en la cuarta y quinta década de la vida.

Otra causa de ginecomastia es la relacionada al uso de drogas, así tenemos que la espirolactona, la cimetidina, los digitálicos, la isoniacida, y los tranquilizantes mayores, etc pueden producir la aparición de la ginecomastia la cual está condicionada a efectos colaterales de dichas drogas y cuyo efecto durará mientras se mantenga la acción de la misma. La característica de esta ginecomastia es de ser dura, fibrosa y dolorosa, puede ser unilateral y muchas veces se presenta posterior a un traumatismo en pacientes que están ingiriendo algún tipo de los medicamentos arriba expuestos. (12). También se ha observado ginecomastia en aquellos pacientes que son castrados o que reciben tratamiento con estrógenos como tratamiento para los cánceres de próstata, la que se caracteriza por ser bilateral, dolorosa y de consistencia semidura.

El tratamiento de la ginecomastia es eminentemente quirúrgico y consiste en la excéresis del tejido mamario. Sin embargo es necesario destacar que en los casos en los que se detecte que existe un aumento de las hormonas sea la prolactina o los estrógenos se tenderá a corregir la causa que lo produce y se realizará tratamiento con bloqueadores hormonales como la bromocriptina y el tamoxifén (13). La insuficiencia hepática será corregida, así como la administración de medicamentos que ocasionen la ginecomastia será suspendida.

El tipo de incisión que se realiza para la excéresis de ginecomastia será en relación al tamaño de la misma. Nosotros para los casos pequeños preferimos el abordaje retroareolar por incisión paraareolar o trans-areolar, para los casos grandes utilizamos la incisión submarina. El tipo de anestesia será local para las ginecomastias pequeñas y anestesia general para las grandes. Es necesario establecer que debe realizarse una hemostasia muy cuidadosa en la extirpación de estas lesiones puesto que una de las principales complicaciones que se producen y que hemos tenido en muchas ocasiones son la formación de hematomas retroareolares los cuales

muchas veces pueden alcanzar gran tamaño debido en especial a la laxitud de los tejidos circunvecinos, por lo que el realizar una hemostasia cuidadosa evitará que esto se produzca, así como también el uso de drenes tipo Penrose para las pequeñas y al vacío de Hemovac para las de gran tamaño, unido a esto se recomienda un vendaje compresivo y la aplicación de hielo local.

Otra de las complicaciones que pueden producirse y que hemos tenido en ocasiones son la infección de la herida y la despigmentación de la areola. La primera es una complicación relativamente rara, sólo hemos tenido 12 casos que representa el 7% de nuestra serie, y la manera de evitarlo es tomando bien en cuenta las normas de asepsia, así como el uso de antibióticos en el pre y post operatorio. En cuanto a la despigmentación de la areola esta es una complicación desagradable para el paciente. La causa es la extirpación muy pegada a la piel del tejido retroareolar con la excéresis del tejido pigmentario de la areola. Hemos tenido tres casos en nuestra serie y el tratamiento una vez producido el mismo es la exposición a la luz solar con lo que se logra en algo producir ligera pigmentación.

Otra de las complicaciones que se pueden producir es la recidiva de la misma, sin embargo es menester establecer que más que se trate de recidiva es más bien una extirpación insuficiente en la que se deja tejido mamario el cual puede volver a crecer como ginecomastia propiamente dicha o como respuesta fibromatosa a la manipulación quirúrgica insuficientes. En nuestra serie hemos tenido 2 casos en los que se realizó una extirpación insuficiente pero fueron reintervenidos posteriormente. Ambos casos fueron manipulados primariamente como ginecomastia pequeñas y tratadas bajo anestesia local, luego en el seguimiento al que son sometidos los pacientes se detectó la presencia de tejido mamario retroareolar y se realizó la excéresis con anestesia general.

En lo que al seguimiento de estos pacientes se refiere nosotros una vez diagnosticados y establecido el tratamiento quirúrgico controlamos a los pacientes al mes, luego a los 2 meses, a los 6 meses, al año y se dan de alta a los 18 o 24 meses.

Por último en lo relacionado a, si la ginecomastia es un precursor del cáncer de mama en el hombre podemos establecer que en los pacientes que hemos tratado y seguido nunca hemos observado un cáncer de mama. Además en los pocos casos de cáncer de mama en hombre que hemos tenido la oportunidad de manejar en la anamnesis no se ha reportado la presencia de ginecomastia, por lo que podemos concluir similar a Haagensen quien establece que el encontrar un cáncer de mama en un paciente con ginecomastia es más bien una coincidencia más que una relación causa efecto. (14). Además existen diversos trabajos que establecen la ninguna relación entre estas dos patologías. (14,15,16).

## CONCLUSIONES

- 1) La ginecomastia es un padecimiento fisiológico que ocurre normalmente en el desarrollo de los hombres, y que en el 90 a 95% de los casos su resolución será espontánea.
- 2) Sin embargo de lo anterior es necesario establecer que cuando se presenta en tamaños mayores a los 2 cm o más, puede producir trastornos a los jóvenes en lo que a su desarrollo físico y psicológico se refiere.
- 3) La ginecomastia inducida por medicamentos o producida por desarreglos metabólicos tiende a desaparecer cuando la administración de los mismos se suspende o cuando se corrige la parte metabólica.

4) No existe una relación directa entre la ginecomastia y el cáncer de mama en el hombre.

## BIBLIOGRAFIA

1) Fernández - Cid, Cols. Patología Mamaria Benigna. Cap 13 págs. 186-191. Salvat - Editores. España 1982.

2) Fernández - Cid, Cols. Atlas de Patología Mamaria Benigna. Diagnóstico Multidisciplinario. Vol. 9. Lesiones PreMalignas y Patología de Varones. Salvat Editores. España 1987.

3) Gynecomastia in a Hospitalized Male Population. The American Journal of Medicine. Vol 79. pág. 633 - 638. Oct. 1987

4) O.M.S. Clasificación General de Tumores y Codificación 1970

5) Cricholow, R. W. Carcinoma of de Male Breast. Surgery, Gynecology Obstetric, 134. 1011, 1972

6) Donegan, WL and Pérez, Carcinoma of the Male Breast. A 30 year Review of 28 cases. Arch. Surg 106. 273, 1973

7) Idem 1

8) Sánchez Sabando. Cáncer de Mama en el Hombre. Revisión de la Bibliografía Mundial y Comparación con 2 casos de nuestra ciudad. Rev. Universidad de Guayaquil N.2 (72). Abr-Jun. 1988.

- 9) Nydick M, Cols Gynecomastia in Adolescent Boys, JAMA. 1961: 178: 449 - 454.
- 10) Davidson, CH. S. Fisiopatología del Hígado pág: 197 - 236 Ediciones Toray. Barcelona - España 1982.
- 11) Carlson HE. Gynecomastic, N. England Journal Med. 1981. 303: 795 - 799.
- 12) Stoffers. Cols. JAMA. 1973, 225, 1643-1644.
- 13) Hagensen, CD. Diseases of the Breast. W.S. Sanders. Co. Filadelfia 1971.
- 14) Yap, HY Tashima, MD. Cols. Cáncer 44,798-751.1979.
- 15) Keith S. Heller Md. Cols Ann Surg. Vol. 188. pág. 60-64. July 1978.
- 16) IDEM 8.