

## TRABAJOS CIENTÍFICOS

# Cirugía de acceso mínimo para ginecomastia. Shaver-lipoaspiración

Drs. ARTURO PRADO S, PAULO CASTILLO D

Equipo de Cirugía Plástica. Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile

### RESUMEN

La ginecomastia es una patología de alta incidencia, que puede causar un serio deterioro en la calidad de vida y problemas psicológicos. Etiológicamente pueden dividirse en fisiológicas, patológicas, por medicamentos e idiopáticas, representando estas últimas las más frecuentes. En cuadros de larga evolución la cirugía es el tratamiento de elección. Las técnicas escisionales son las más difundidas, reseccándose el tejido glandular a través de un acceso periareolar o transareolar. La lipoaspiración es un recurso complementario, para mejorar el contorno. Este enfrentamiento no está exento de complicaciones. Se presenta una nueva alternativa terapéutica para el manejo quirúrgico de ginecomastias mediante el *shaver* y lipoaspiración. Se analiza la técnica, presentándose los resultados de 5 pacientes tratados de esta manera, discutiéndose posteriormente algunos puntos de interés en relación a esta patología.

PALABRAS CLAVES: *Ginecomastia, lipoaspiración*

### SUMMARY

Gynecomastia is a frequent condition that can cause psychological problems and poor quality of life. Most cases are idiopathic but there are cases secondary to physiological or pharmacological causes. In long standing cases surgery is the treatment of choice. The most common technique is the excision of the gland through a periareolar or transareolar approach. Lipoaspiration is used as a complement to improve the contour of the area. Nevertheless complications may develop. We present the shaver technique with lipoaspiration as a surgical alternative for gynecomastia. We report and discuss their results in 5 patients treated with this approach.

KEY WORDS: *Gynecomastia, lipoaspiration*

### INTRODUCCIÓN

Las mamas son un atributo y símbolo de la mujer, por esto cuando un hombre presenta desarrollo mamario es motivo de preocupación, vergüenza y ridículo, pudiendo causarle serios problemas psicológicos. Al momento de decidir el tratamiento debe considerarse la etiología, el tiempo de evolución, las características de la areola y el tipo de ginecomastia de acuerdo a la clasificación de Simon

(Tabla 1). Esta considera el volumen mamario; así como el exceso cutáneo.<sup>1</sup> En ginecomastias de mayor volumen debe además evaluarse el grado de ptosis mamaria.

Existen diferentes alternativas de tratamiento quirúrgico, siendo el objetivo general eliminar la glándula y el tejido adiposo excedente, con cicatrices discretas y simetría. La mayor parte de las técnicas para el tratamiento de ginecomastias grados I y II contemplan la escisión del tejido glandular

a través de un abordaje periareolar o transareolar.<sup>2-6</sup> En pacientes con componente adiposo asociado, la lipoaspiración permite optimizar el resultado, al mejorar el contorno de la región pectoral. En ginecomastias grado III debe además considerarse la resección del excedente cutáneo. Aunque con este enfoque se obtienen generalmente buenos resultados, no está exento de complicaciones. Se presenta una nueva alternativa terapéutica para ginecomastias grados I y II, mediante el manejo del componente glandular mediante un sistema *shaver* de uso traumatológico, asociado a lipoaspiración. Se evalúan los resultados de esta nueva técnica y finalmente se discuten algunos puntos de interés en relación a esta patología.

### MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una evaluación retrospectiva de 5 pacientes portadores de ginecomastias bilaterales grados I y II de Simon, tratados mediante el empleo de un *shaver* (Striker® Endoscopy Arthroscopic system SE 5/TPS) para la remoción del tejido glandular, asociándose lipoaspiración de la grasa periglandular. El *shaver* consta de una cánula dentada en su extremo distal, que es introducida en una cánula exterior de mayor diámetro. Este sistema es conectado a un motor, que le da un movimiento rotatorio u oscilatorio a la cánula interior y a un sistema de aspirativo, que permite remover el tejido glandular (Figura 1).

La edad promedio de los pacientes fue de 25,8 años y en todos los casos se comprobó mediante ecotomografía preoperatoria la presencia de tejido glandular, descartándose casos de pseudoginecomastia. La cirugía se realizó con anestesia general e infiltración tumescente (solución fisiológica y adrenalina 1:1.000.000). Durante la inducción anestésica se administró profilaxis antibiótica (cefazolina 1 g EV) y corticoides (dexametasona 8 mg EV). El paciente fue intervenido en decúbito dorsal

Tabla 1

#### CLASIFICACION SIMON GINECOMASTIA

Grado I:	Pequeño aumento de volumen mamario visible sin piel redundante
Grado IIA:	Moderado aumento de volumen mamario sin piel redundante
Grado IIB:	Moderado aumento de volumen mamario con piel redundante
Grado III:	Severo aumento de volumen mamario con piel redundante (como una mama ptósica femenina)

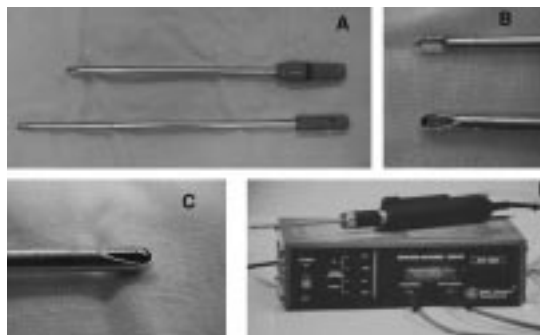


Figura 1. A) Cánulas Shaver por separado. B) Acercamiento puntas cánulas. C) Cánulas ensambladas. D) Equipo Shaver.

y con las extremidades superiores en abducción. Se empleó una cánula *shaver* de 5 mm, introducida a través de una pequeña incisión submamaria. La glándula fue tratada empleando la forma rotatoria del *shaver* y aspirada simultáneamente, almacenándose para estudio histopatológico. Finalizada la extirpación glandular se realizó lipoaspiración del componente adiposo. El procedimiento se repitió contralateralmente, por tratarse de ginecomastias bilaterales. Rutinariamente se dejó drenes aspirativos exteriorizados por las mismas incisiones submarias. En el postoperatorio se empleó una faja elástica para compresión torácica por 3 semanas.

### RESULTADOS

Se obtuvo un volumen promedio total de 414 ml (200-775 ml) y el tejido recolectado se envió a estudio histopatológico, que en todos los casos confirmó la presencia de tejido glándular. La cirugía duró un promedio de 67 minutos (45-120). Los drenes fueron retirados entre el primer y tercer día postoperatorio, con un débito menor a 10 ml de líquido serohemático. Todos los pacientes presentaron escaso dolor postoperatorio, que se manejó satisfactoriamente con antiinflamatorios no esteroideos. El reintegro laboral se realizó a partir de la primera semana postoperatoria. El inicio de actividades deportivas se permitió a partir del segundo mes. Entre nuestros pacientes no hubo complicaciones y presentaron una buena retracción cutánea, no siendo necesario resecciones de piel. Tampoco hubo irregularidades del contorno o asimetrías. Todos los pacientes manifestaron un alto grado de satisfacción con el procedimiento, destacando el buen resultado estético, con una cicatriz reducida (Figura 2).



Figura 2. Pre y postoperatorio de 2 pacientes con ginecomastias IIA, tratados con *Shaver* y lipoaspiración.

### DISCUSIÓN

La incidencia de ginecomastia varía entre 32 a 36% de la población masculina, llegando a un 64.6% entre los adolescentes.<sup>7-9</sup> La frecuencia de compromiso bilateral es variable, reportándose cifras de entre 25 y 75%.<sup>10,11</sup> Los estudios hormonales de pacientes con ginecomastia han determinado la presencia de un exceso relativo o absoluto de estrógenos, con un déficit de andrógenos o un defecto en el receptor de andrógenos.<sup>12</sup> Esto ha sido la base para plantear el manejo médico de la ginecomastia, con medicamentos para regular el desbalance hormonal. Sin embargo, el tratamiento con testosterona, antiestrógenos (clomifeno, tamoxifeno) y danazol ha tenido escaso éxito.<sup>10,12,13</sup>

Etiológicamente las ginecomastias pueden ser divididas en fisiológicas, patológicas, farmacológicas e idiopáticas.<sup>11</sup> Estas últimas son las más frecuentes, representando un 25% del total.<sup>10,12</sup> Las ginecomastias fisiológicas comprenden la neonatal, puberal y la senil. La incidencia de ginecomastia entre los adolescentes (llega hasta 65%), la cual en la mayor parte de los casos involucionan.<sup>8</sup>

Existe una correlación entre las características histológicas de la ginecomastia y el tiempo de evolución. En ginecomastias de menos de 6 meses de evolución predomina el tejido ductal, con un estroma ricamente celular. En ginecomastias de más de un año de evolución, predomina la fibrosis y hialinización, con mínima proliferación ductal.<sup>14</sup> Por este motivo ginecomastias de larga evolución no involucionan, siendo la cirugía el tratamiento de elección.<sup>15</sup> En la búsqueda de una técnica quirúrgica que reduzca las cicatrices la lipoaspiración fue introducido por Teimourian y Pearlman en 1983;<sup>16</sup> aunque en la práctica no puede remover adecuada y efectivamente el tejido glandular. Actualmente la opción más ampliamente difundida es la escisión quirúrgica directa del tejido glandular, generalmente a través de un acceso periareolar inferior o transareolar. Este abordaje debe considerar el tamaño de la areola del paciente, siendo el diámetro promedio de la areola masculina de 2,8 cm (2 a 4 cm).<sup>17,18</sup> En pacientes con componente adiposo prominente la lipoaspiración complementa el tratamiento al mejorar el contorno de la región pectoral. Aunque con las técnicas escisionales se obtienen

buenos resultados, no están exentas de complicaciones. Courtiss analizó las complicaciones de 101 pacientes (192 mamas) en que se empleó técnicas escisionales.<sup>19</sup> Reportó un alto porcentaje de complicaciones, incluyendo sobrecorrección (18,7%), cicatriz inestética (18,7%), hematoma (16,1%), seroma (9,4%) e hipocorrección (21,9%). En la búsqueda de nuevas alternativas terapéuticas la lipoaspiración ultrasónica y el abordaje endoscópico transaxilar, se encuentran en evaluación.<sup>20,21</sup>

Presentamos una nueva alternativa terapéutica, de la cual no encontramos referencias en la literatura, mediante el empleo del sistema *shaver*. Este ha permitido la resección efectiva de glándulas fibrosas, consiguiéndose además su recolección en pequeños fragmentos para estudio histopatológico. El *shaver* permite realizar una resección glandular gradual y controlada favoreciendo la obtención de un resultado regular, optimizándose el contorno de la región pectoral mediante lipoaspiración tradicional. El *shaver* ha favorecido una buena retracción cutánea postoperatoria, permitiendo el tratamiento de pacientes con ginecomastias grado II B de Simon, sin necesidad de resección cutánea. Como conclusión podemos afirmar que el empleo del *shaver* y lipoaspiración es una nueva alternativa terapéutica de acceso mínimo para el tratamiento de las ginecomastias grados I y II de Simon. En nuestra serie obtuvimos buenos resultados estéticos y un alto grado de satisfacción de los pacientes.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Simon BE, Hoffman S, Kahn S: Classification and surgical correction of gynecomastia. *Plast Reconstr Surg* 1973; 51: 48-52.
2. Webster JP: Mastectomy for gynecomastia through a semi-circular intra-areolar incision. *Ann Surg* 1946; 124: 557-60.
3. Pitanguy I: Transareolar incision for gynecomastia. *Plast Reconstr Surg* 1966; 38: 414-9.
4. Letterman G, Schurter M: The surgical correction of gynecomastia. *Am Surg* 1969; 35: 322-5.
5. Letterman G, Schurter M: Surgical correction of massive gynecomastia. *Plast Reconstr Surg* 1972; 49: 259-62.
6. Calderón W, Arriagada J, Godoy M *et al*: Vía transareolomamilar para el tratamiento de la ginecomastia. *Rev Chil Cir* 1985; 37:140-4.
7. Carlson HE: Gynecomastia. *N Engl J Med* 1980; 303: 795-9.
8. Nuttall, F. Q. Gynecomastia as a physical finding in normal men. *J Clin Endocrinol Metab* 1979; 48: 338-40.
9. Nydick M, Bustos J, Dale JH, Rawson RW: Gynecomastia in adolescent boys. *JAMA* 1961; 178: 449-53.
10. Cohen IK, Pozez AL, McKeown JE: Gynecomastia. In: Courtiss EH (ed). *Male Aesthetic Surgery*. St. Louis: Mosby, 1991.
11. Neuman, JF: Evaluation and treatment of gynecomastia. *Am Fam Physician* 1997; 55: 1835-9.
12. Rohrich RJ, Ha RY, Kenkel, JM *et al*: Classification and Management of Gynecomastia: Defining the role of ultrasound- Assisted Liposuction. *Plast Reconstr Surg* 2003; 111: 909-23.
13. Beck W, Stubbe P: Endocrinological studies of the hypothalamo-pituitary gonadal axis during danazol treatment in pubertal boys with marked gynecomastia. *Horm Metabol Res* 1982; 14: 653-7.
14. Bannayan GA, Hajdu, SI. Gynecomastia: Clinicopathologic study of 351 cases. *Am J Clin Pathol* 1972; 57: 431-7.
15. Calderón W, Cabello R: Ginecomastia. En: Sociedad de Cirujanos de Chile (eds): *Cirugía Plástica* 2001; 585-92.
16. Teimourian B, Pearlman R: Surgery for gynecomastia. *Aesthetic Plast Surg* 1983; 7: 155-7.
17. Beckenstein MS, Windle, BH, Stroup RT: Anatomical parameters for nipple position and areolar diameter in males. *Ann Plast Surg* 1996; 36: 33-6.
18. Murphy TP, Ehrlichman RJ, Seckel BR: Nipple placement in simple mastectomy with free nipple grafting for severe gynecomastia. *Plast Reconstr Surg* 1994; 94: 818-23.
19. Courtiss EH: Gynecomastia: Analysis of 159 patients and current recommendations for treatment. *Plast Reconstr Surg* 1987; 79: 740-53.
20. Ohyama T, Takada A, Fujikawa, M, Hosokawa K: Endoscope-assisted transaxillary removal of glandular tissue in gynecomastia. *Ann Plast Surg* 1998; 40: 62-4.
21. Gingrass, MK, Shermak MA: The treatment of gynecomastia with ultrasound-assisted lipoplasty. *Perspect Plast Surg* 1999; 12: 101-6.