

GINECOMASTIA

TECNICAS OPERATORIAS

Por el Dr. *Ernesto F. Malbec* Jefe de Cirugía Plástica del Hospital Ramos Mejía.

La ginecomastia, como se sabe, es una hipertrofia benigna de la glándula mamaria masculina. Es menester diferenciarla, no obstante, de la pseudoginecomastia, la cual consiste en un acúmulo de tejido grasoso depositado a nivel de la región pectoral. Aunque muchas veces ambas entidades mórbidas suelen tener asiento en el mismo individuo, coexistiendo en él una hipertrofia de la glándula y simultáneamente un acúmulo de tejido adiposo, no debe nunca tomarse todo aumento de volumen de la región pectoral como una ginecomastia.

Omitiremos aquí la descripción de su etiología por no corresponder a la índole de este trabajo. Nos ocuparemos solamente de las técnicas aplicadas por nosotros en nuestro servicio.

Previamente haremos una breve historia. En total, operamos hasta la fecha once pacientes. Esto ya nos demuestra que no se trata de una afección rara. De los once, diez eran portadores de ginecomastia bilateral, lo que da un 90%. Los restantes poseían una malformación de un sólo lado, lo que representa para estos otros casos, un 10%.

Nuestra estadística está en completo desacuerdo con todas aquellas consultadas por nosotros, particularmente la de Menville que arroja para las unilaterales un 87,2% y para las bilaterales un 12,8%.

En todos estos pacientes, luego de haberse agotado con anterioridad los diversos tratamientos médicos que se conocen sin ningún resultado positivo, se hizo la indicación operatoria.

En razón de que existe una ginecomastia transitoria que desaparece después de un tiempo de manera espontánea, nunca interenimos a ningún enfermo antes de que haya cumplido los diez y ocho años.

Ahora, haremos resaltar un hecho curioso: a pesar de que he

mos buscado mucho, encontramos muy poco publicado respecto a las técnicas operatorias.

En la ginecomastia no cabe, naturalmente, la aplicación estricta de las técnicas que se emplean para reducir y modelar las mastoptosis o las gigantomastias femeninas, merced a que las condiciones funcionales y las proyecciones estéticas de la mujer son diametralmente opuestas a las del hombre.

Habiéndose dado a publicidad escasas técnicas destinadas a extirpar la glándula mamaria masculina, nos vimos, entonces, obligados a reglar algunos procedimientos entresacados de los métodos conocidos que se utilizan comúnmente en la resección de la glándula similar femenina.

Las diferentes técnicas ideadas por nosotros fueron concebidas para actuar sobre glándulas de distinto tamaño, pudiendo todas ellas resumirse en tres. La primera, para la gran ginecomastia, está inspirada en la operación Max Thorek, consistente, en términos generales, en la resección total de la glándula y el trasplante libre de la aréola junto con el pezón a un lugar fijado de antemano. Se trata, por supuesto, de una intervención complicada, con ciertos riesgos, que conviene reservar para las ginecomastias gigantes (Primera Técnica). La segunda, para las medianas y pequeñas. Procedemos aquí a la extirpación parcial de la glándula, a fin de evitar que se produzca ulteriormente un hundimiento inestético. Según sea mediana o pequeña, variamos o modificamos la línea de abordaje o de incisión operatoria. En el primer caso, lo hacemos por el surco submarino (Segunda Técnica), mientras que en el otro, lo realizamos mediante una incisión periareolar que prolongamos brevemente hacia abajo (Tercera Técnica).

mas buscado mucho, encontramos muy poco publicado respecto a las técnicas operatorias.

En la ginecología no cabe naturalmente la aplicación estricta de las técnicas que se emplean para reducir y modelar las mamas o las ginecomastias femininas, puesto a que las condiciones funcionales y las proyecciones estéticas de la mujer son bien diferentes opuestas a las del hombre.

Habiéndose dado a publicidad varias técnicas destinadas a extirpar la glándula mamaria masculina, nos vimos, entonces, obligados a realizar algunos procedimientos quirúrgicos de los métodos conocidos que se utilizan comúnmente en la rección de la glándula.

Figura N.º 1. — Anestesia local. Basta una sola puntura en la piel. Se introduce la aguja a nivel del extremo externo del surco submamario, y se bloquea la glándula.

Figura N.º 2. — Corte lateral de la glándula mostrando infiltración a nivel del espacio retromamario.

PRIMERA TECNICA

Figura N.º 1'. — Se marca un losange en forma oblicua de una extensión de ocho a diez centímetros aproximadamente. La aréola y el pezón deben ocupar exactamente la parte media. Las dos ramas pasan, por tanto, la parte superior como la inferior a medio centímetro. En la parte súperointerna se traza un círculo algo menor que el tamaño de la aréola que se va a trasplantar, situándolo a cuatro centímetros por arriba y a dos por dentro del centro de la aréola.

Figura N.º 2'. — Se ve aquí el lecho cruento donde se implantará la aréola y el pezón. Obsérvese que solamente se ha llegado hasta la dermis con el objeto de favorecer la irrigación del trasplante. Por fuera de la aréola se traza una circunferencia un poco mayor que la misma, a fin de contemplar su retracción.

Nuestra estadística está ya completa de acuerdo con todas las operaciones realizadas por nosotros, particularmente la de Menville que arroja para las unilaterales un 87,2% y para las bilaterales un 100%.

En todos estos pacientes, luego de haberse agitado con éxito durante los diversos tratamientos indicados que se conocen sin ninguna excepción positiva se hizo la indicación operatoria.

Es bueno de que exista una ginecomastia transitoria que desaparece después de un tiempo de manera espontánea, porque intermite el diagnóstico antes de que haya cumplido ya el período de latencia y así se evite un hecho oncoso al pasar de que he-

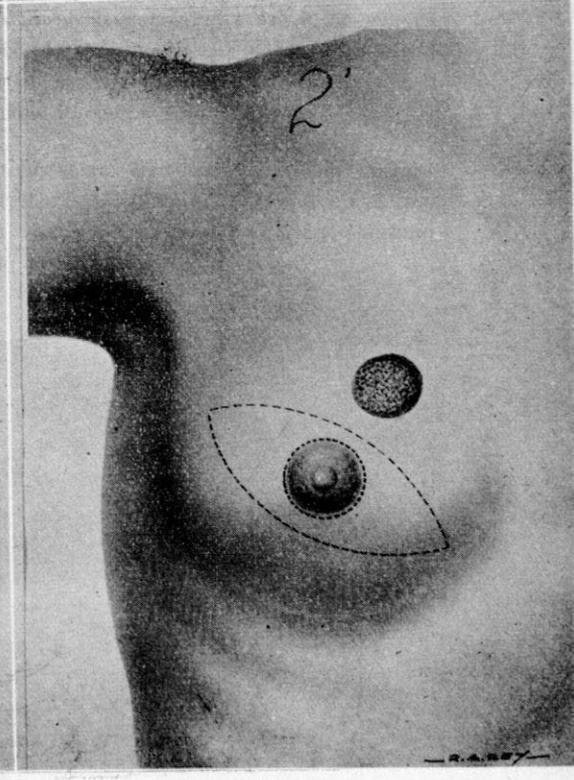
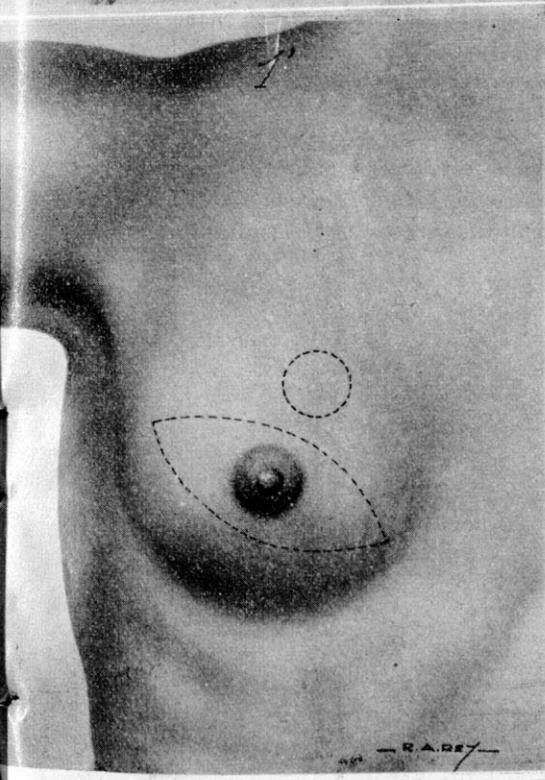
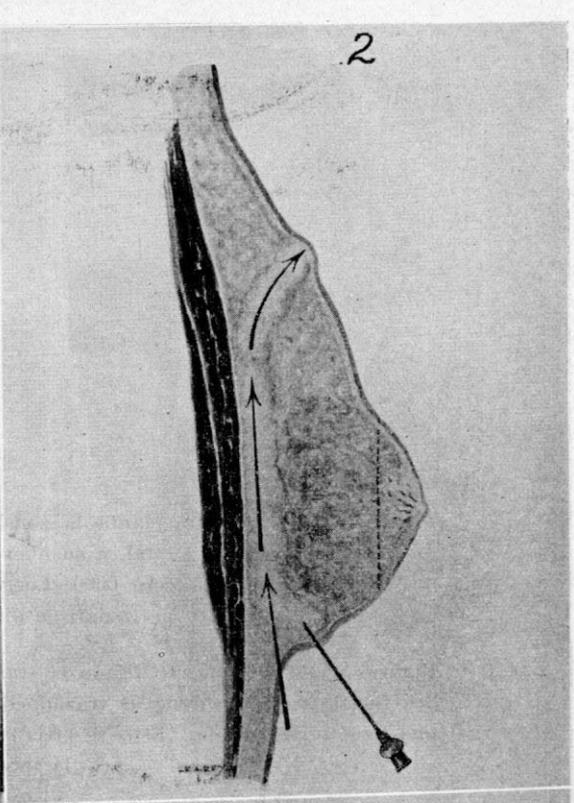
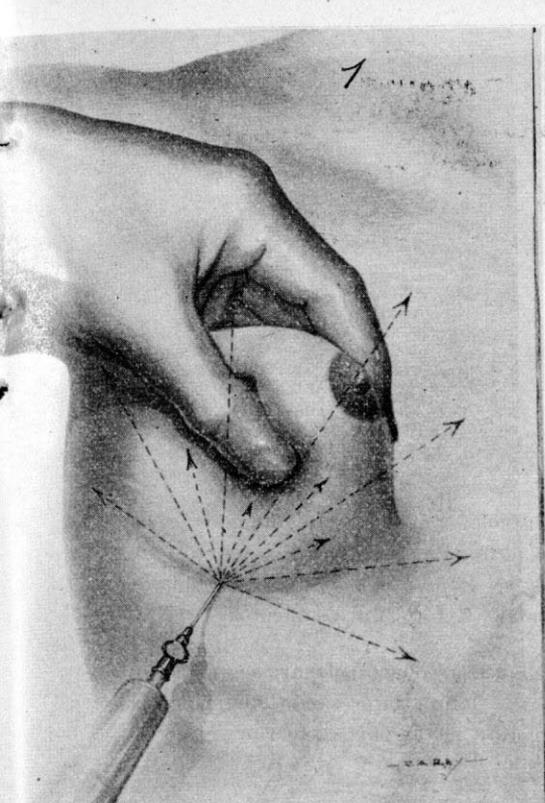
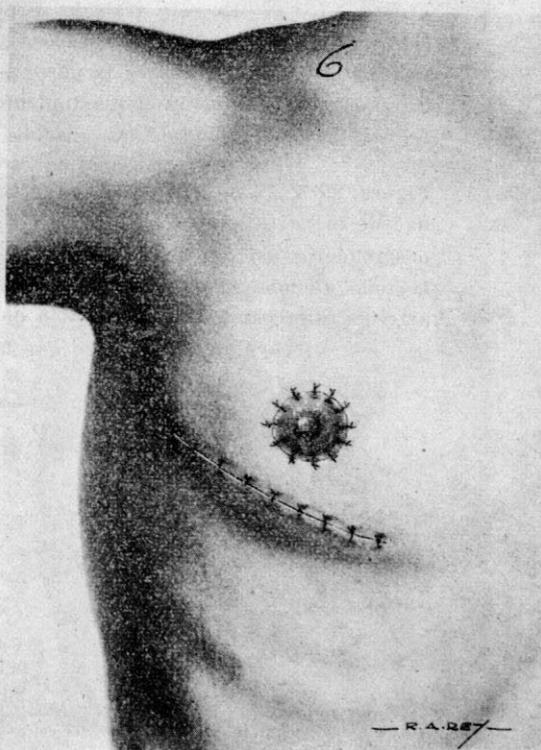
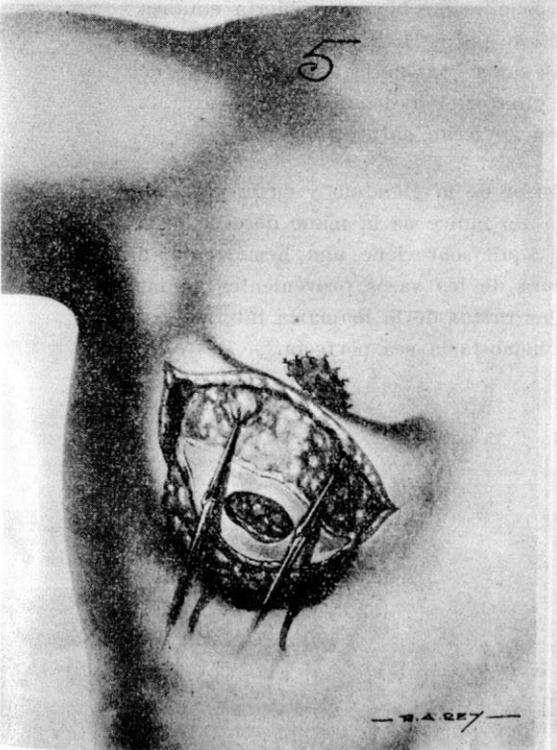
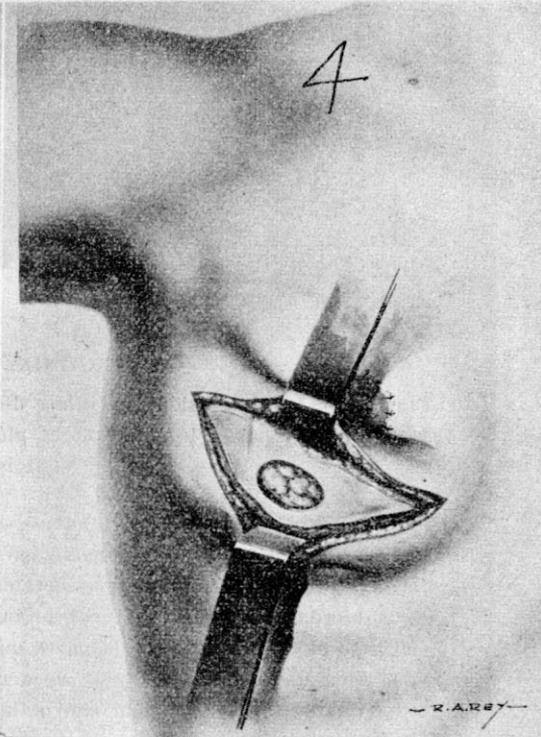
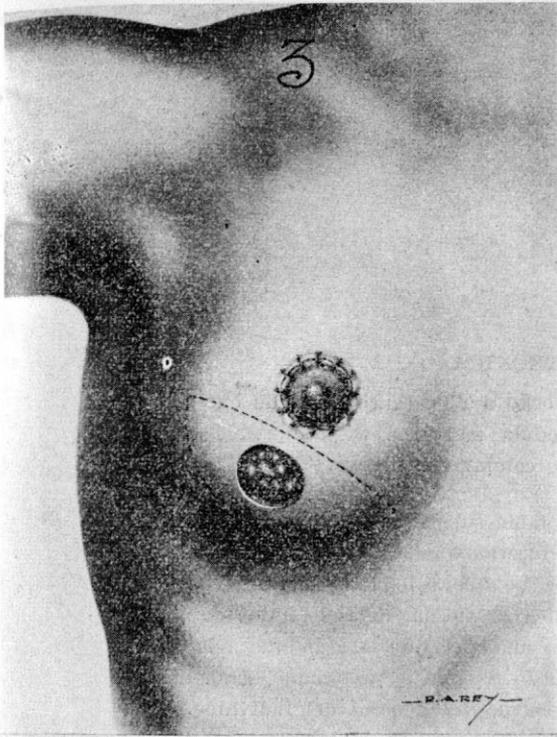


Figura N^o 3. — Se trasplanta la zona aréolomamelonar íntegramente, como un injerto libre de piel total, a su nuevo lecho. Es fijado con dos o tres puntos finos de catgut número 0000. Luego, se afrontan los bordes con puntos separados, simples con Denari, utilizando Zytor multifilamentoso 00000.

Figura N^o 4. — Una vez fijado el trasplante aréolomamelonar, se practican dos incisiones de acuerdo al trazado de la figura, interesando solamente la piel y el tejido celular. Esto se efectúa tanto en la parte superior, como en la inferior.

Figura N^o 5. — Aquí vemos desprendida la glándula, tanto de su plano anterior como de su cara posterior. Ha sido separada por disección roma de la fascia pectoral. En este tiempo, se deben extremar los cuidados de hemostasia, empleando elementos muy finos.

Figura N^o 6. — Se colocan varios puntos de catgut 0000 para aproximar los bordes de la brecha operatoria. Posteriormente, se aplican, asimismo, varios puntos separados simples con Zytor multifilamentoso 00000 para afrontar la piel.



SEGUNDA TECNICA

Figura N^o 1. — Incisión curvilínea de ocho a diez centímetros de extensión a nivel del reborde inferior de la glándula mamaria. Se comprende en el trazo, la piel y el tejido celular subcutáneo.

Figura N^o 2. — Librado parcialmente el labio superior de la incisión cutánea, se introduce el bisturí en la parte más interna hasta llegar al mismo reborde glandular. Con movimientos cortantes, se libera toda la cubierta cutánea de izquierda a derecha, tal cual lo indica la flecha, dejando adherido a la piel todo el tejido celular y la parte más superficial de la glándula, a la cual se le saca un casquete que esté de acuerdo no sólo a su tamaño, a su desarrollo y a su formación, sino a la estructura general del individuo.

Figura N^o 3. — En este grabado se puede apreciar bien la cubierta cutánea con la aréola y el pezón levantados. Nótese que se halla adherida a la piel una capa de tejido celular y la parte más superficial de la glándula mamaria. Se impide de este modo el hundimiento ulterior. Por debajo, se encuentra la glándula descansando en su lecho natural.

Figura N^o 4. — Se levanta el borde inferior de la glándula y en la proximidad de la parte interna se introduce el dedo índice de la mano derecha para desprenderla así de la fascia pectoral. Aquí, sobreviene una hemorragia, a menudo abundante, a causa de la ruptura de los vasos provenientes de las arterias intercostales, como también de las ramas de la mamaria interna, por cuya razón se exige que la hemostasia sea perfecta.

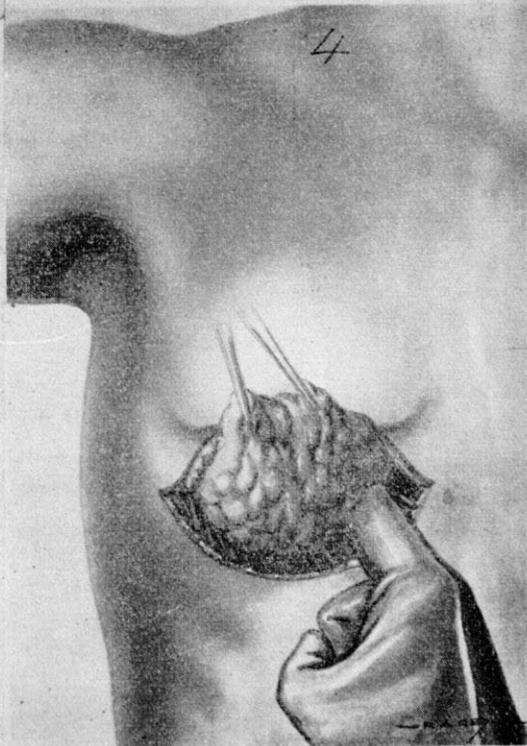
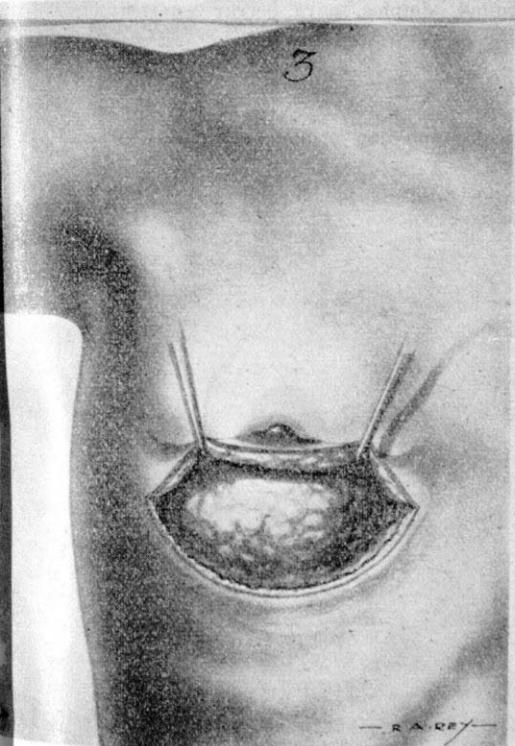
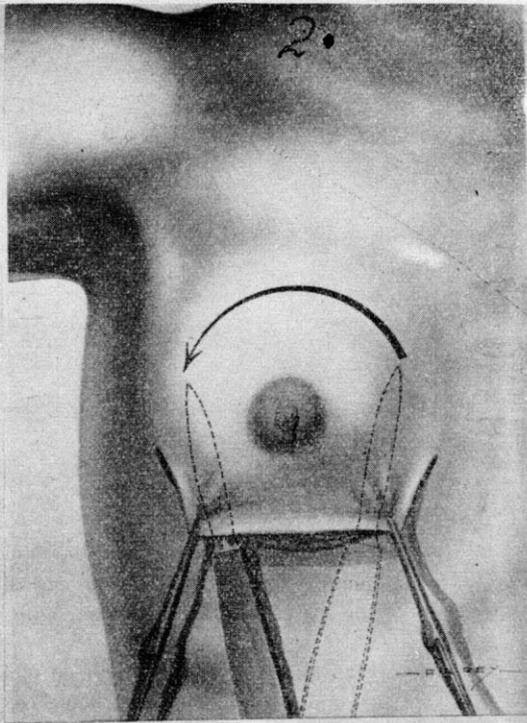
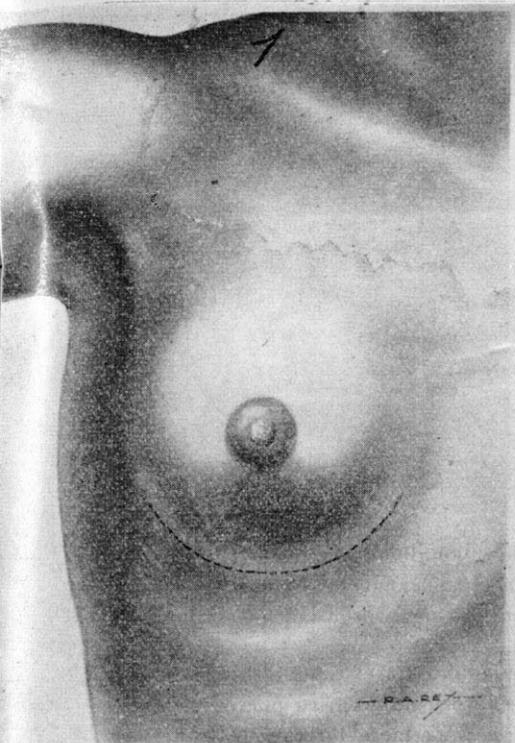


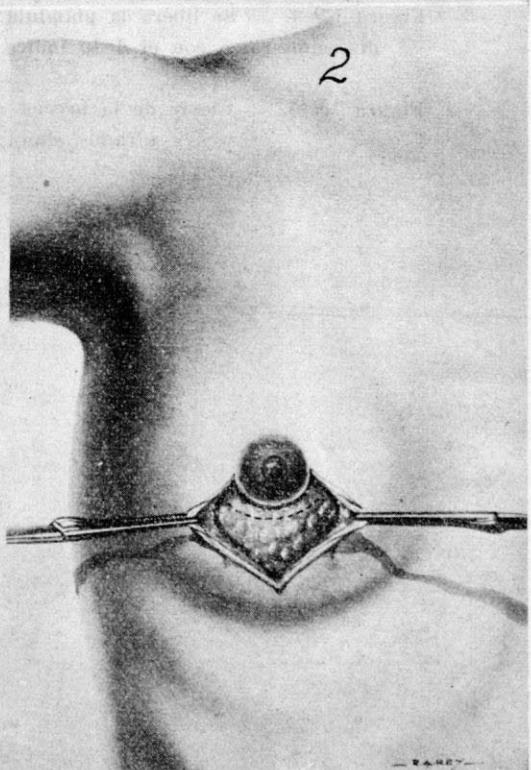
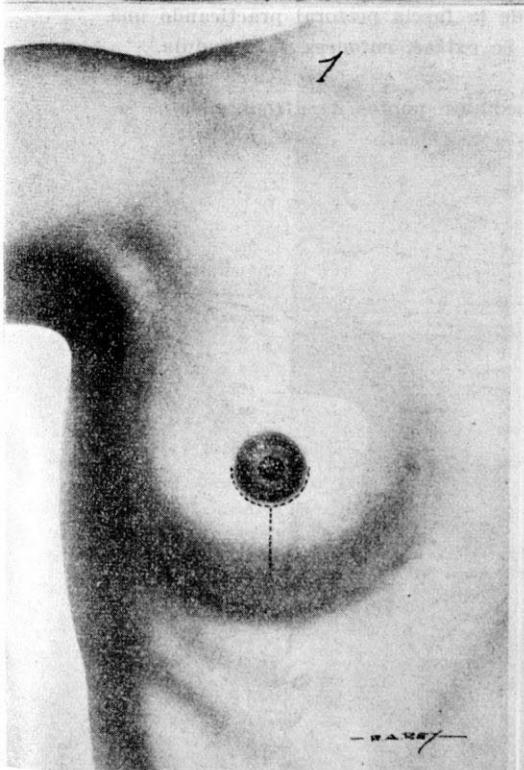
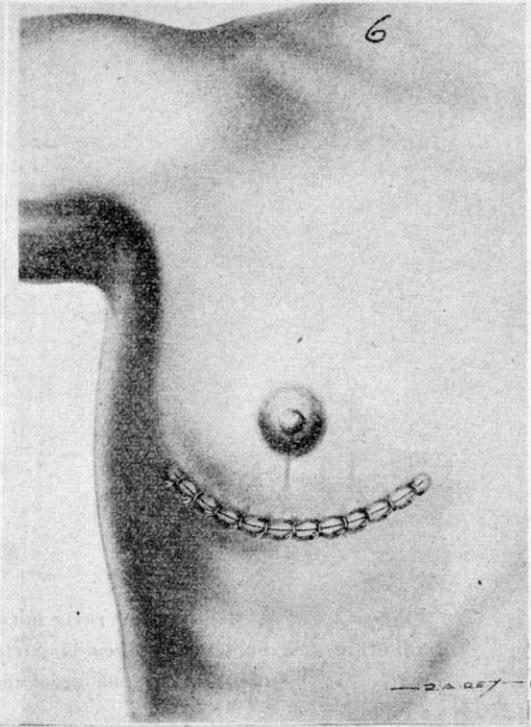
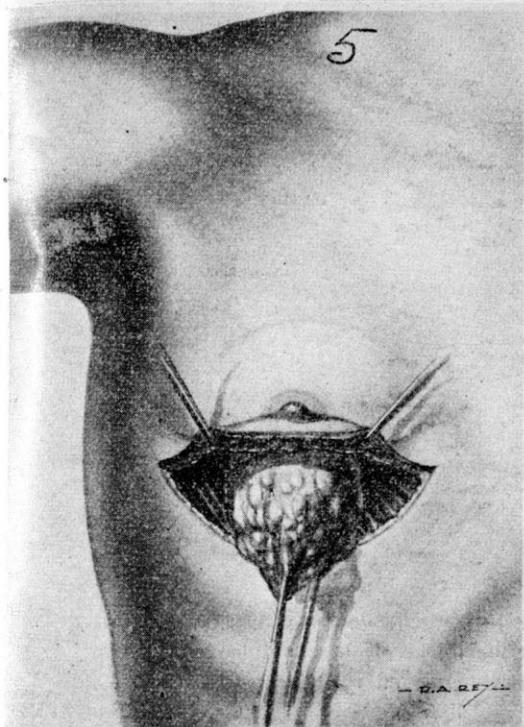
Figura N° 5. — La glándula liberada en su totalidad del plano posterior es fácilmente extraída de su celda por simple tironeamiento. No debe olvidarse que a veces existe, también, aquí, una pequeña prolongación axilar.

Figura N° 6. — El colgajo de piel superior, con el tejido celular y parte de la glándula, es depositado sobre el lecho cruento. Varios puntos de seguridad aproximan el tejido celular del borde superior e inferior de la herida. Por último, se hacen unos puntos separados, simples, para cerrar estéticamente la brecha cutánea. Nunca el autor deja drenaje.

TERCERA TÉCNICA

Figura N° 1. — Incisión marginal periareolar con una prolongación vertical.

Figura N° 2. — Liberación de los dos colgajos de piel.



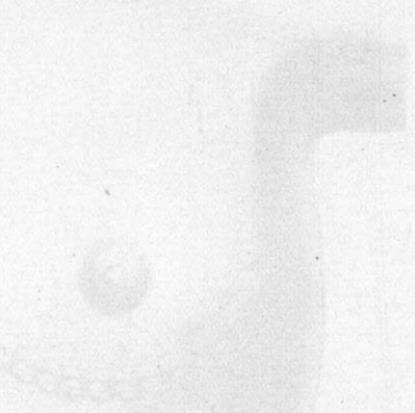


Figura N^o 3. — Mediante un corte horizontal practicado con el bisturí se deja adherido a la cubierta cutánea la parte superficial de la glándula correspondiente a la zona aréolomamelonar y su vecindad.

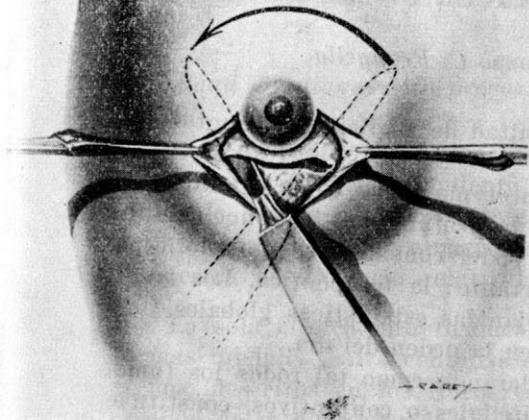


Figura N^o 4. — Se libera la glándula de la fascia pectoral practicando una disección roma con el dedo índice. Se extrae, entonces, la glándula.

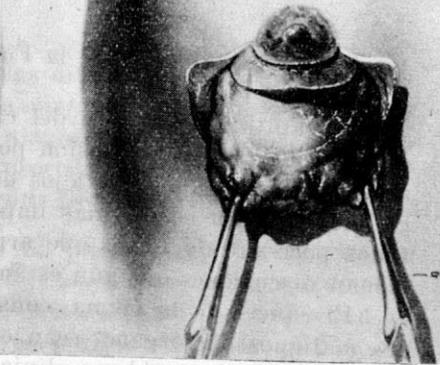


Figura N^o 5. — Cierre de la brecha mediante puntos de afrontamientos separados, simples o de Donati.

3



4



5

