



## Tratamiento quirúrgico en pacientes con ginecomastia

### *Surgical treatment in patients with gynecomastia*

Armando Sánchez Leal <sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-7407-9925>

Daniel Noriega Rodríguez <sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-3262-9888>

Katherine Ricardo González <sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0000-1430-0053>

Salissou Samaila Issa <sup>2</sup> <https://orcid.org/0009-0005-4605-448X>

Ismaél Oumarou Issaka <sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0001-7311-4349>

<sup>1</sup> Hospital Universitario “Dr. Miguel Enríquez”. La Habana, Cuba.

<sup>2</sup> Escuela Latinoamericana de Medicina. Níger.

\* Autor para correspondencia. Correo electrónico: [asanchezleal1345@gmail.com](mailto:asanchezleal1345@gmail.com)

### RESUMEN

**Introducción:** La ginecomastia es la enfermedad más frecuente en la mama masculina y afecta la calidad de vida de los pacientes. Por lo general, los enfermos acuden a la consulta por razones estéticas.

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/img>

[revinmedquir@infomed.sld.cu](mailto:revinmedquir@infomed.sld.cu)

**Objetivo:** Caracterizar un grupo de pacientes con ginecomastia que recibieron tratamiento quirúrgico.

Bajo licencia Creative Commons





2025; 17: e959

**Métodos:** estudio observacional, descriptivo y transversal. El universo estuvo conformado por 65 pacientes con ginecomastia. La muestra quedó constituida por 33 enfermos que recibieron tratamiento quirúrgico. Criterios de inclusión: pacientes de 20 a 59 años, sexo masculino, diagnóstico de ginecomastia, voluntariedad y tener enfermedades crónicas compensadas. Criterios de exclusión: ginecomastias recurrentes postoperatorias, trastornos psiquiátricos, coagulopatías, fumadores inveterados. Criterios de salida: enfermos que después de haber iniciado el estudio no desean continuar y no acudan a las consultas programadas luego de la cirugía. Los resultados se agruparon y presentaron en tablas de frecuencias absolutas y gráficos.

**Resultados:** predominaron los pacientes de 20 a 29 años (45,5 %), con una edad media de  $33,27 \pm 9,98$  años. Preponderó la etiología idiopática (63,6 %), la ginecomastia grado 2A (48,5 %) y bilateral (76 %), así como los pacientes sobrepeso (42,4 %). La exéresis quirúrgica más liposucción fue la técnica quirúrgica prevalente (54,5 %) y presentaron complicaciones el 9,1 %, con predominio del hematoma (6,1 %). El 93,94 % de los enfermos tuvo evolución postoperatoria satisfactoria y el 96,97 % estuvo satisfecho.

**Conclusiones:** el tratamiento quirúrgico de la ginecomastia es un proceder seguro y mejora la calidad de vida de los pacientes.

**Palabras clave:** areola; complicaciones; ginecomastia.

## ABSTRACT

**Introduction:** Gynecomastia is the most common disease in the male breast and affects the quality of life of patients. In

general, patients come to the clinic for aesthetic reasons.

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/img>  
[revinmedquir@infomed.sld.cu](mailto:revinmedquir@infomed.sld.cu)

Bajo licencia Creative Commons





2025; 17: e959

**Objective:** To characterize a group of patients with gynecomastia who received surgical treatment.

**Methods:** Observational, descriptive and cross-sectional study. The universe consisted of 65 patients with gynecomastia. The sample consisted of 33 patients who received surgical treatment. Inclusion criteria: patients aged 20 to 59 years, male, diagnosis of gynecomastia, voluntariness, and having compensated chronic diseases. Exclusion criteria: postoperative recurrent gynecomastias, psychiatric disorders, coagulopathies, inveterate smokers. Exit criteria: patients who, after having started the study, do not wish to continue and do not attend the scheduled consultations after surgery. The results were grouped and presented in absolute frequency tables and graphs.

**Results:** Patients aged 20 to 29 years (45.5%) predominated, with a mean age of  $33.27 \pm 9.98$  years. Idiopathic (63.6%), grade 2A (48.5%) and bilateral (76%) gynecomastia predominated, as well as overweight patients (42.4 %). Surgical excision plus liposuction was the prevalent surgical technique (54.5 %) and complications occurred in 9.1 %, with a predominance of hematoma (6.1 %). 93.94% of the patients had a satisfactory postoperative evolution and 96.97 % were satisfied.

**Conclusions:** Surgical treatment of gynecomastia is a safe procedure and improves the quality of life of patients.

**Keywords:** gynecomastia; degree of gynecomastia; surgical treatment; complications

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/img>  
[revinmedquir@infomed.sld.cu](mailto:revinmedquir@infomed.sld.cu)

Bajo licencia Creative Commons





Recibido: 06/03/2025

Aceptado: 20/05/2025

## 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, lo que puede causarle afectaciones psicológicas. En estos casos el motivo de consulta, por lo general, es por razones estéticas.<sup>(1,2)</sup>

La mama masculina se diferencia de la femenina en múltiples aspectos. Aunque no hay diferencias entre el pecho masculino y el femenino en el grupo de edad prepuberal, el inicio de las diferencias surge durante la pubertad bajo la influencia de las hormonas sexuales clave, la testosterona y los estrógenos. En comparación con la mama femenina adulta que se compone de conductos, lóbulos, estroma y tejido glandular, el tejido mamario masculino sano se compone de tejido graso con estroma rudimentario y pocos conductos. Por lo tanto, las enfermedades ductales y estromales son más raras en la mama masculina y la dolencia más frecuente es la ginecomastia.<sup>(3,4)</sup>

La palabra ginecomastia (GM) se deriva de los términos griegos *gyne* que significa femenino, y *masto* senos, por lo que literalmente mama de mujer. Se define como el aumento benigno en tamaño y cantidad del tejido glandular mamario en el hombre. Posee múltiples etiologías, sin embargo, la causa más frecuente es idiopática. En general es un proceso bilateral, siendo unilateral de un 20 % de los casos. Clínicamente se trata de una masa firme o elástica situada por detrás y alrededor de la areola. Es importante diferenciar el concepto de pseudoginecomastia, la cual se presenta en hombres obesos con lipomastia (tejido adiposo alrededor del seno) y en niños recién nacidos con hipertrofia de la mama por estímulo estrogénico materno.<sup>(5-8)</sup>

Es una enfermedad que en los últimos años ha aumentado de manera considerable, con una incidencia más alta en edades pospuberales, vinculada con el constante incremento de los índices

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/img>

[revinmedquir@infomed.sld.cu](mailto:revinmedquir@infomed.sld.cu)

Bajo licencia Creative Commons





2025; 16: e959

de obesidad en todas las edades. Esta proliferación de la glándula mamaria masculina puede ocurrir a cualquier edad, comúnmente ocurre en las principales etapas de cambios hormonales como en la infancia, adolescencia y adultez. La prevalencia aumenta con la edad, se estima que en adolescentes es del 46 - 64,4 %, la cual resuelve de manera espontánea en un plazo no mayor a 2 años y en los hombres adultos entre el 40 – 70 %. No existe consenso general con respecto al tamaño del tejido glandular para considerar ginecomastia, varía entre 0,5 a 2 cm. Es un trastorno benigno, pero resulta ser incómodo físicamente, pero tiene manifestaciones psicológicas graves como baja confianza en sí mismo, depresión, ansiedad, fobia social y puede tener un impacto negativo en la autoestima e imagen corporal. <sup>(9-12)</sup>

Histológicamente se caracteriza por una proliferación del tejido adiposo, fibroso y ductal, con predominio variable de cada uno de estos componentes. Los procesos que pueden ser causa de ginecomastia son múltiples. Salvo las ginecomastias del período neonatal, puberal y senil, que pueden considerarse fisiológicas, el aumento del tamaño de la mama en un varón debe ser considerado como un hecho patológico. <sup>(13,14)</sup>

El mecanismo fundamental del desarrollo de la ginecomastia es la disminución de la producción de andrógenos, un aumento de la producción de estrógenos o un aumento de la transformación de los precursores de los andrógenos en estrógenos. En definitiva, lo que determina su aparición es la relación tisular estrógenos/andrógenos en el sentido funcional y muchas veces esto no se puede poner de manifiesto con determinaciones hormonales en sangre. Debido a que la mama masculina tiene proteínas receptoras tanto de andrógenos como de estrógenos. Los estrógenos estimulan la proliferación de los conductos mamarios y los andrógenos más bien los inhiben. Cuando existe un desbalance positivo en la acción de los estímulos hormonales, sea cual fuere la etiología, se produce una proliferación del epitelio ductal, hiperplasia con edema del tejido conjuntivo y del estroma periductal con aumento de la vascularización. <sup>(15)</sup>

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/img>

[revinmedquir@infomed.sld.cu](mailto:revinmedquir@infomed.sld.cu)

Bajo licencia Creative Commons





2025; 16: e959

En la evaluación de los pacientes, es importante diferenciar la ginecomastia fisiológica o idiopática de la que puedan tener como causa una patología. En la anamnesis se debe considerar la edad, la duración de los síntomas, presencia de dolor o sensibilidad, secreción por el pezón o cambios dérmicos, datos de pobre virilización y masas o aumento de tamaño testiculares, pérdida reciente de peso. Historia de criptorquidia, paperas, enfermedad renal o hepática, fármacos utilizados en los últimos meses, consumo de drogas. Antecedentes familiares: síndrome hiperaromatasa, cáncer mama BRCA2 positiva. Además, sobre la influencia de la enfermedad en la autoestima del paciente. <sup>(16)</sup>

La revisión sistémica debe incluir la detección de signos o síntomas de: fallos renales, hepáticos o tiroideos (hipo/hiper); alcoholismo; o procesos neoplásicos. Se debe realizar un examen físico completo, tomar medidas antropométricas como peso, talla y la determinación del índice de masa corporal, buscar signos de virilización, definir el estadio de acuerdo con la escala de Tanner, y realizar la revisión testicular haciendo énfasis en su tamaño y presencia de masas. <sup>(16)</sup>

Se deben realizar estudios paraclínicos que incluyan el análisis del perfil hormonal y química sanguínea. En las hormonas a evaluar se deben incluir testosterona, globulina fijadora de hormonas sexuales (testosterona libre) SHBG, estradiol, hormona gonadotropina coriónica ( $\beta$ -hCG), dehidroepiandrosterona sulfato (DHEA), alfa-fetoproteína, hormona luteinizante (LH), hormona folículo estimulante (FSH), prolactina, T3, T4 y TSH. El estudio de función hepática y renal debe incluir creatinina y transaminasas (ALT, AST). Además, se pueden realizar análisis genéticos. <sup>(16)</sup>

El criterio diagnóstico es variable, pero la mayoría de los autores consideran que se puede hablar de ginecomastia cuando se puede palpar un botón mamario subareolar mayor de 2 cm de grosor. La palpación de la mama puede indicar si la causa de la ginecomastia es mayoritariamente la grasa (consistencia blanda), o bien la proliferación glandular (consistencia firme). <sup>(14,17)</sup>

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/img>

[revinmedquir@infomed.sld.cu](mailto:revinmedquir@infomed.sld.cu)

Bajo licencia Creative Commons







2025; 16: e959

Las imágenes diagnósticas pueden incluir ecografía mamaria, testicular y mamografía. La ecografía mamaria puede ser útil para diferenciar la GM de los depósitos grasos cuando existe duda al examen físico, y la mamografía es indispensable si existe sospecha de cáncer de mama, y se debe recurrir a la biopsia por aspiración con aguja fina (CAAF) o con aguja de TRU-CUT para su confirmación. Todo esto es fundamental para planificar el tipo de intervención a realizar. La ecografía testicular se debe realizar cuando hay sospecha de una masa testicular o adrenal. El diagnóstico diferencial se debe establecer con diversas anomalías que pueden dar lugar a una apariencia similar, como cáncer de mama, lipomas, angiomas, neurofibromas o hipertrofia del músculo pectoral mayor. <sup>(18, 19)</sup>

El tratamiento quirúrgico debe efectuarse después de una evaluación endocrinológica y, en su caso, tras no responder a otras medidas. Su objetivo es conseguir un aspecto normal del tórax masculino, con la menor cicatriz posible.

El objetivo de esta investigación es caracterizar un grupo de pacientes con ginecomastia que recibieron tratamiento quirúrgico.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal para caracterizar el tratamiento quirúrgico en pacientes con ginecomastia, atendidos y operados en el servicio de Cirugía Plástica y Caumatología del Hospital Universitario "Dr. Miguel Enríquez" en el período comprendido entre enero de 2020 y marzo de 2023. El universo estuvo conformado por todos los pacientes con ginecomastia (65) que acudieron a la consulta de Cirugía Plástica del Hospital Universitario "Dr. Miguel Enríquez", en el período declarado. La muestra quedó constituida por 33 enfermos a los que se les realizó tratamiento quirúrgico para corregir la ginecomastia. Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

[revinmedquir@infomed.sld.cu](mailto:revinmedquir@infomed.sld.cu)

Bajo licencia Creative Commons





### **Criterios de inclusión**

- Pacientes de 20 a 59 años, del sexo masculino.
- Pacientes con diagnóstico de ginecomastia.
- Voluntariedad de participar en el estudio, previo consentimiento informado por escrito.
- Pacientes con enfermedades crónicas compensadas.

### **Criterios de exclusión**

- Pacientes con ginecomastias recurrentes postoperatoria.
- Pacientes con trastornos psiquiátricos.
- Pacientes con antecedentes de coagulopatías.
- Pacientes fumadores inveterados.

### **Criterios de salida**

- Pacientes que después de haber iniciado el estudio no deseen continuar.
- Pacientes que no acudan a las consultas programadas luego de la cirugía.

La obtención de la información se realizó a través de diferentes métodos:

- Teóricos: el análisis histórico-lógico, el análisis documental y la síntesis.
- Empíricos, como la entrevista, la observación, encuesta y la medición.
- Estadísticos: estadística descriptiva (cálculo porcentual, media, mediana y desviación estándar).

Los datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes, fueron recolectadas en planillas creadas al efecto. Las variables analizadas fueron las siguientes:

### **Variables generales, independientes**

Edad: se dividió en 4 grupos etáreos (20-29, 30-39, 40-49 y 50-59 años).

### **Variables de evaluación de resultados**

Etiología, grado de ginecomastia, presentación de la enfermedad: variable cualitativa nominal dicotómica, según la presentación de la ginecomastia (unilateral y bilateral). Como indicador el

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

[revinmedquir@infomed.sld.cu](mailto:revinmedquir@infomed.sld.cu)

**Bajo licencia Creative Commons**







2025; 16: e959

porcentaje, índice de masa corporal (IMC), técnica quirúrgica, complicaciones, evolución posoperatoria, estado de satisfacción.

### **Métodos de procedimiento y técnicas empleadas**

Todos los pacientes que asistieron a la consulta de Cirugía Plástica, con diagnóstico de ginecomastia, fueron remitidos de la consulta externa de Endocrinología y tenían indicación de tratamiento quirúrgico. Previo consentimiento informado, se les realizó un interrogatorio minucioso, así como un examen físico detallado. Se les indicaron los exámenes complementarios específicos para evaluación preoperatoria (coagulograma, hemograma, azoados, transaminasas, glucemia, proteínas totales, serología, radiografía de tórax y electrocardiograma, estos últimos para las pacientes  $\geq 40$  años) por parte del investigador principal y colaboradores. Los resultados fueron evaluados en una consulta posterior, donde se planificó el acto quirúrgico. Los pacientes fueron valorados de conjunto por el especialista de Anestesiología y Reanimación para escoger el método más idóneo para cada uno y se les orientaron las indicaciones preoperatorias.

### **Técnica quirúrgica**

La técnica quirúrgica se aplicó en dependencia principalmente del grado de la ginecomastia; y de la distribución y proporción de los diversos componentes (graso y parenquimatoso) de la mama. La intervención se realizó ambulatoria, bajo anestesia general o con local infiltrativa, en dependencia del grado de la ginecomastia, así como de las características del paciente. Se realizó profilaxis antibiótica en el preoperatorio con cefazolina 1 gramo intravenoso, 30 minutos antes de iniciar el acto quirúrgico.

El marcaje de la zona a intervenir se realizó preoperatoriamente con el paciente de pie y se dibujó un mapa topográfico de la deformidad que debía ser resecada y de la zona periférica a tratar, con el fin de remodelar el contorno torácico y prevenir deformidades secundarias.

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

[revinmedquir@infomed.sld.cu](mailto:revinmedquir@infomed.sld.cu)

Bajo licencia Creative Commons





### **Cuidados post-operatorios**

Al paciente se le colocó, una vez finalizada la operación, una venda elástica de compresión que deberá llevar continuamente durante 1 mes. Los drenajes aspirativos se retiraron normalmente a los 3 días. Se le orientó al paciente que podrá realizar ejercicios físicos a partir de las 3 semanas. El seguimiento se realizó en consulta externa, a los 3 días de operado para los que se les dejó drenaje, a los 7 días del proceder, luego al mes y a los 3 meses, en esta última consulta se les aplicó una encuesta de satisfacción.

### **Procedimiento de recolección de la información**

Para la recolección de la información se empleó la técnica de la entrevista y se revisión de las historias clínicas. Los autores transcribieron la información a la planilla de recolección de datos y se procesó en una computadora intel celeron con sistema operativo windows 10 con la ayuda de los programas word y excel de office 365.

### **Métodos de procesamiento y análisis de la información**

La información recolectada se almacenó en una base de datos de microsoft excel 365, la cual se procesó de manera automatizada con ayuda del complemento estadístico real statistics.

Para evaluar las variables cualitativas se utilizaron medidas de estadística descriptiva para el resumen de la información; tales como, número y por ciento y para las variables cuantitativas, se emplearon las medidas de tendencia central como promedio o media aritmética, la mediana y la medida de dispersión absoluta como la desviación estándar.

Los resultados obtenidos se agruparon y presentaron en tablas de frecuencias absolutas y gráficos, donde se resumió la información con el fin de abordar y dar salida a los objetivos planteados y realizar luego el análisis del fenómeno estudiado que permitió, a través del proceso de síntesis y generalización, arribar a conclusiones y elaborar a continuación, las recomendaciones para otros estudios relacionados con el tema investigado.

### **Aspectos éticos**

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/img>

[revinmedquir@infomed.sld.cu](mailto:revinmedquir@infomed.sld.cu)

Bajo licencia Creative Commons





2025; 16: e959

Este estudio, se realizó según los principios éticos para las investigaciones médicas con sujetos humanos, establecidos en la última actualización de la Declaración de Helsinki. Los investigadores y todo el personal médico participante en el estudio, poseen experiencia y capacitación para tratar este tipo de pacientes, lo que hizo posible la terapéutica más eficaz y personalizada en cada caso.

Se les garantizó la confidencialidad de la información, como requerimiento de los principios éticos asumidos en el estudio, quedando resguardada y solo utilizada con fines investigativos o docentes. Cada paciente, firmó el modelo de consentimiento informado, según su aceptación, quedando a su disposición un Modelo de Revocación para los pacientes que deseen salir de la investigación. Los procedimientos médicos se basaron en la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. Se aplicaron las normas y procedimientos éticos establecidos para la realización de los estudios de investigación. Los autores se comprometen a la publicación de los resultados de la investigación.

## RESULTADOS

Predominaron los pacientes del grupo etáreo de 20 a 29 años con el 45,5 %, la edad media fue de  $31,12 \pm 8,46$  años, la mediana de 30 años (rango 20 - 59 años). Tabla 1

**Tabla 1.** Distribución de la muestra según los grupos etáreos

Grupos etáreos	n	%
20 a 29 años	15	45,5
30 a 39 años	9	27,3
40 a 49 años	6	18,2
50 a 59 años	3	9,1
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100</b>

$\bar{X} = 31,12 \pm 8,46$  años. Mediana= 30 años.

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/img>

[revinmedquir@infomed.sld.cu](mailto:revinmedquir@infomed.sld.cu)

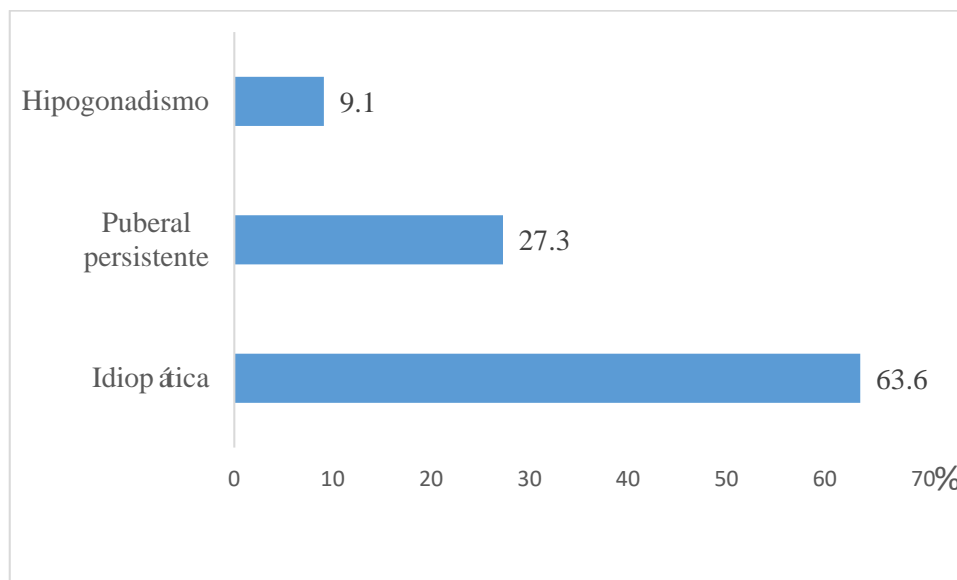
Bajo licencia Creative Commons





2025; 16: e959

En el gráfico 1 se observa la distribución de los pacientes según etiología de la ginecomastia, donde prevaleció la idiopática en el 63,6 %.



**Gráf. 1-** Distribución de los pacientes según la etiología de la ginecomastia

El grado de ginecomastia de mayor prevalencia detectado fue el grado 2A con un 48,5 % seguido del grado 2B con 27,3 %. Tabla 2

**Tabla 2.** Distribución de los pacientes según el grado de ginecomastia

Grado de ginecomastia	n	%
Grado 1	3	9
Grado 2A	16	48,5
Grado 2B	9	27,3
Grado 3	5	15,2

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/img>

[revinmedquir@infomed.sld.cu](mailto:revinmedquir@infomed.sld.cu)

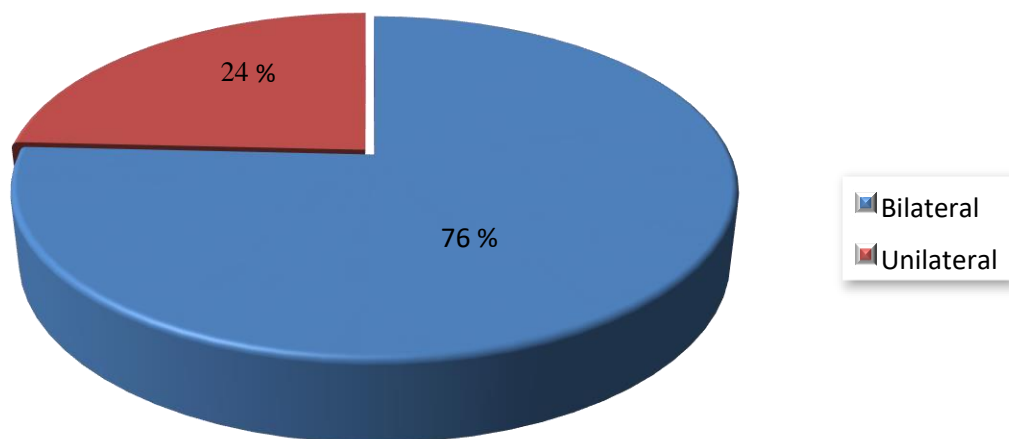
Bajo licencia Creative Commons



2025; 16: e959

Total	33	100
-------	----	-----

El gráfico 2 marca una mayor presentación bilateral de la ginecomastia con un 76 % respecto a la unilateral para un 24 %.



**Gráf. 2-** Distribución de los pacientes según la presentación de la ginecomastia

La distribución de los pacientes según el índice de masa corporal fue la siguiente: sobrepeso (14; 42,4 %), normopeso (12; 36,4 %), obeso (7; 21,2 %). En cuanto a la distribución de los enfermos según la técnica quirúrgica empleada, predominó la exéresis quirúrgica más liposucción en el 54,5 % de los casos. Tabla 3.

**Tabla 3.** Distribución de los pacientes según la técnica quirúrgica empleada

Técnica quirúrgica	n	%
Exéresis quirúrgica más liposucción	18	54,5
Exéresis quirúrgica más resección cutánea	8	24,2

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/img>

[revinmedquir@infomed.sld.cu](mailto:revinmedquir@infomed.sld.cu)

Bajo licencia Creative Commons





2025; 16: e959

Exéresis quirúrgica simple	5	15,2
Liposucción	2	6,1
<b>Total</b>	33	100

En esta investigación, el 9,1 % de los pacientes tuvo complicaciones: 2 (6,1 %) presentaron hematomas y 1 (3 %) un seroma. En la evolución postoperatoria predominó la satisfactoria (31; 93,94 %). Hubo 2 no satisfactoria lo que representó el 6,06 % de los casos. En este estudio el 96,97 % de los pacientes mostró satisfacción por los resultados del proceder, donde predominaron los muy satisfecho con el 84,85 %; seguido por satisfecho (4; 12,12 %) e insatisfecho (1; 3,03 %). La mayoría de los pacientes logró alcanzar sus expectativas al final del tratamiento y mejorar su calidad de vida.

## DISCUSIÓN

Las complicaciones más frecuentes que se pueden presentar en este tipo de cirugía son los sangrados, formación de hematomas y seromas. En la zona del complejo areola-pezones pueden producirse malposiciones, depresiones, necrosis, hipoestesia del pezón, cicatrices hipertróficas y queloides. El resultado estético puede ser insatisfactorio por exéresis o liposucción excesiva, produciéndose depresiones del contorno, o bien por insuficiencia del tratamiento, dando lugar a irregularidades por exceso de tejido glandular o graso residual. <sup>(20, 21)</sup>

La mayoría de los pacientes que buscan tratamiento para la ginecomastia tienen una combinación de grasa y tejido glandular, sin embargo, el tejido graso constituye el componente más grande. La combinación de liposucción con escisión quirúrgica del tejido glandular ofrece varias ventajas en comparación con la escisión quirúrgica sola. La operación se realiza a través de una incisión más

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/img>

[revinmedquir@infomed.sld.cu](mailto:revinmedquir@infomed.sld.cu)

Bajo licencia Creative Commons







2025; 16: e959

corta y la liposucción asegura un contorno preciso de la periferia. Esto contribuye a conseguir un mejor resultado cosmético mediante una técnica mínimamente invasiva. <sup>(19)</sup>

La liposucción antes de la escisión del tejido glandular facilita la resección del tejido glandular. Además, la liposucción deja intactas las conexiones entre la piel y la fascia. Presumiblemente, esa es la razón por la cual la sensibilidad de la región se ve mucho menos afectada en comparación con la escisión quirúrgica. Los puentes de tejido parecen mejorar la contractibilidad de la piel después de la operación, lo que superflua la escisión de la piel y la elevación del pezón en las ginecomastias más grandes. La succión por sí sola no es suficiente para eliminar el tejido glandular. <sup>(19)</sup>

Respecto a la edad, a su vez Tripathy S y otros <sup>(10)</sup> en un estudio realizado en la India también reportan predominio de los pacientes de 21 a 30 años, pero con una media de 27,1 años. Iguales resultados son informados por Longheu A y otros <sup>(22)</sup> y Song YN y otros. <sup>(23)</sup>

Autores como Costanzo P et al <sup>(24)</sup> también encontraron una prevalencia de edad entre 21-30 años (66,3 %). Lo cual es similar a lo informado por Jian C et al <sup>(25)</sup> y Lee SR y Lee SG <sup>(12)</sup> pero con una edad media menor.

Vojvodic M y otros <sup>(26)</sup> en un total de 964 pacientes operados de ginecomastia bilateral reportan también el predominio del rango de edad de 20 a 29 años, pero con una edad media de 28 años, lo cual coinciden con las series de Yao Y y otros <sup>(27)</sup> y Zhenzhen L y otros. <sup>(28)</sup>

Jiménez Almaguer y otros <sup>(17)</sup> también encuentran que la etiología idiopática es la predominante y el 26,85 % de los pacientes tienen antecedentes de ginecomastia puberal. Gottlieb S <sup>(28)</sup> reportan que en 34 enfermos (64,1 %) la etiología fue idiopática y en 12 (23,5 %) se constató una fuente exógena de estrógeno. Costanzo P y otros <sup>(24)</sup> concluyen que la ginecomastia idiopática es la más frecuente (47,8 %) y en aquellas de causa secundaria, el consumo de anabólicos es la prevalente. A su vez, Davanço RAS y otros <sup>(29)</sup> reportan en su investigación que la causa más frecuente es la puberal en el 91% de los pacientes. El uso de esteroides anabólicos, el síndrome de Klinefelter y

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

[revinmedquir@infomed.sld.cu](mailto:revinmedquir@infomed.sld.cu)

Bajo licencia Creative Commons





2025; 16: e959

el adenoma hipofisario son las otras causas identificadas. Esto se debe al predominio de enfermos en edad pediátrica. Mohan A y otros <sup>(30)</sup> y Jian C y otros <sup>(25)</sup> manifiestan que las bilaterales predominan por encima del 65 %; mientras que Song YN y otros <sup>(23)</sup> reportan el predominio de las ginecomastias bilaterales en un 87,86 % de los pacientes.

Por su parte, Jiménez D et al <sup>(17)</sup> reportan un 70,37 % de predominio de los enfermos sobrepesos y los obesos. Lo que es similar a lo encontrado por Costanzo P et al <sup>(24)</sup> y Gottlieb S et al <sup>(28)</sup> Mientras, Thiénot S et al <sup>(31)</sup> informan un peso medio de los pacientes de  $94,2 \pm 21,7$  kg, con predominio de los obesos y un IMC medio de  $30,7 \pm 5,4$  kg/m<sup>2</sup>.

Mientras Lapid O y Jolink F <sup>(32)</sup> informan la prevalencia de la exéresis quirúrgica simple, lo cual se corresponde con los resultados de las investigaciones de Chao JW et al <sup>(33)</sup> y Godoy GM et al. <sup>(34)</sup> Estos resultados están condicionados por la ausencia de servicio de Cirugía Plástica en las instituciones en que se realizaron estos estudios.

El curso posoperatorio después del tratamiento quirúrgico abierto de la ginecomastia puede complicarse con hematoma, seroma, infección, resección inadecuada, asimetría, cambios sensoriales y deformidades del contorno. Además de la resección inadecuada y las anomalías del contorno, el hematoma es el que se informa con mayor frecuencia, con tasas que oscilan entre el 11 y el 16 %. Las complicaciones posoperatorias se han asociado previamente de forma independiente con el IMC. <sup>(35)</sup>

## CONCLUSIONES

La ginecomastia es más frecuente en los pacientes jóvenes, entre la segunda y tercera década de la vida, con prevalencia de la etiología idiopática. La exéresis quirúrgica más liposucción es la técnica más utilizada, con un bajo índice de complicaciones. Predomina la evolución postoperatoria satisfactoria. El tratamiento quirúrgico de la ginecomastia es un proceder seguro y mejora la calidad de vida de los pacientes.

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/img>

[revinmedquir@infomed.sld.cu](mailto:revinmedquir@infomed.sld.cu)

Bajo licencia Creative Commons





## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bonilla Sepúlveda OA. Ginecomastia: aspectos generales y etiológicos. Med Lab [Internet]. 2021 [acceso: 11/02/2023]; 25(1):393-408. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/10/1292643/ginecomastia.pdf>
2. Adhikari S. Minimal Incision Technique for Gynecomastia. J Cutan Aesthetic Surg [Internet]. 2021 [acceso: 12/01/2023]; 14(3):344-50. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34908778/>
3. Swamy N, Rohilla M, Raichandani S, Bryant-Smith G. Epidemiology of male breast diseases: A 10-year institutional review. Clin Imaging [Internet]. 2021 [acceso: 17/01/2023]; 72:142-50. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33249401/>
4. Kim MS, Kim JH, Lee KH, Suh YJ. Incidental Gynecomastia on Thoracic Computed Tomography in Clinical Practice: Characteristics, Radiologic Features, and Correlation With Possible Causes in South Korean Men. Am J Mens Health [Internet]. 2020 [acceso: 15/01/2023]; 14(3):1557988320908102. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32456508/>
5. Palmieri A, González JA, Guardo LL, Palmieri AM, Hernández LA. Ginecomastia: Consideraciones médicas y quirúrgicas en cirugía general. Rev Colomb Cir [Internet]. 2021 [acceso: 12/02/2023]; 36:499-513. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v36n3/2619-6107-rcci-36-03499.pdf>
6. Osman S, Mansoor E, Buccimazza I. Gynaecomastia in the Durban Breast Unit: A Comparison of HIV- and Non-HIV-Infected Individuals. World J Surg [Internet]. 2020 [acceso: 17/01/2023]; 44(5):1538-46. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31897689/>

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/img>  
[revinmedquir@infomed.sld.cu](mailto:revinmedquir@infomed.sld.cu)

Bajo licencia Creative Commons





2025; 16: e959

7. Jiménez Almaguer D, Casado Méndez PR, Suárez Castillo Y, Santos Fonseca RS, López Sánchez I, García Váñez N, et al. Caracterización clínico-etiológica y bioquímica de pacientes con ginecomastia. Rev Cuba Endocrinol [Internet]. 2020 [acceso: 12/01/2023]; 31(1): e128.

Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1561-29532020000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1561-29532020000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

8. Laimon W, El-Hawary A, Aboelenin H, Elzohiri M, Abdelmaksoud S, Megahed N, et al. Prepubertal gynecomastia is not always idiopathic: case series and review of the literature. Eur J Pediatr [Internet]. 2021 [acceso: 23/01/2023]; 180(3):977-82. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32975593/>

9. Tarallo M, Di Taranto G, Fallico N, Ribuffo D. The round-the-clock technique for correction of gynecomastia. Arch Plast Surg [Internet]. 2019 [acceso: 13/01/2023]; 46(3):221-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6536879/>

10. Tripathy S, Likhyani A, Sharma R, Sharma RK. Prospective Analysis and Comparison of Periareolar Excision (Delivery) Technique and Pull-Through Technique for the Treatment of Gynecomastia. Aesthetic Plast Surg [Internet]. 2020 [acceso: 11/02/2023]; 44(3):653-61. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31989232/>

11. Arcos Buñay CA, Párraga Ramírez AJ, Endara Salazar MD, Velásquez Apolo VS, Granizo Freire JA. Ginecomastia. Características clínicas y tratamiento en la pubertad. Rev Pertinencia Académica [Internet]. 2022 [acceso: 10/01/2023]; 6(1):1-8. Disponible en: <https://revistas.utb.edu.ec/index.php/rpa/article/download/2636/2245>

12. Lee SR, Lee SG. Reoperation Because of Dissatisfaction with the Aesthetic Results of Gynecomastia Surgery: Technical Considerations. Aesthetic Plast Surg [Internet]. 2021 [acceso: 11/01/2023]; 45(4):1444-50. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33527188/>

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/img>

[revinmedquir@infomed.sld.cu](mailto:revinmedquir@infomed.sld.cu)

Bajo licencia Creative Commons





2025; 16: e959

13. Nuttall FQ, Warriar RS, Gannon MC. Gynecomastia and drugs: a critical evaluation of the literature. Eur J Clin Pharmacol [Internet]. 2015 [acceso: 11/01/2023]; 71(5):569-78. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25827472/>

14. Narula HS, Carlson HE. Gynaecomastia--pathophysiology, diagnosis and treatment. Nat Rev Endocrinol [Internet]. 2014 [acceso: 11/01/2023]; 10(11):684-98. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25112235/>

15. Laimon W, El-Hawary A, Aboelenin H, Elzohiri M, Abdelmaksoud S, Megahed N, et al. Prepubertal gynecomastia is not always idiopathic: case series and review of the literature. Eur J Pediatr [Internet]. 2021 [acceso: 11/01/2023]; 180(3):977-82. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32975593/>

16. Kim MS, Kim JH, Lee KH, Suh YJ. Incidental Gynecomastia on Thoracic Computed Tomography in Clinical Practice: Characteristics, Radiologic Features, and Correlation With Possible Causes in South Korean Men. Am J Mens Health [Internet]. 2020; 14(3):1557988320908102. DOI: [10.1177/1557988320908102](https://doi.org/10.1177/1557988320908102)

17. Jiménez Almaguer D, Casado Méndez PR, Suárez Castillo Y, Santos Fonseca RS, López Sánchez I, García Váñez N, et al. Caracterización clínico-etiológica y bioquímica de pacientes con ginecomastia. Rev Cuba Endocrinol [Internet]. 2020 [acceso: 11/01/2023]; 31(1):e128. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1561-29532020000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1561-29532020000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

18. Laimon W, El-Hawary A, Aboelenin H, Elzohiri M, Abdelmaksoud S, Megahed N, et al. Prepubertal gynecomastia is not always idiopathic: case series and review of the literature. Eur J Pediatr [Internet]. 2021 [acceso: 23/01/2023]; 180(3):977-82. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32975593/>

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/img>  
[revinmedquir@infomed.sld.cu](mailto:revinmedquir@infomed.sld.cu)

Bajo licencia Creative Commons







2025; 16: e959

19. Tarallo M, Di Taranto G, Fallico N, Ribuffo D. The round-the-clock technique for correction of gynecomastia. Arch Plast Surg [Internet]. 2019 [acceso: 13/01/2023]; 46(3):221-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6536879/>
20. Rosas SL, Deyo-Svendsen ME, Oldfather RZ, Phillips MR, Israel TA, Weisenbeck ER. Gynecomastia in a Patient Taking Meloxicam-A Case Report. J Prim Care Community Health [Internet]. 2020 [acceso: 13/01/2023]; 11:2150132720952622. Disponible en:
21. Barrantes Rodríguez K. Ginecomastia: manifestaciones, etiología, abordaje diagnóstico y tratamiento. Med Leg Costa Rica [Internet]. 2016 [acceso: 12/02/2023]; 33(1):205-10. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1409-00152016000100205&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-00152016000100205&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
22. Longheu A, Medas F, Corrias F, Farris S, Tatti A, Pisano G, et al. Surgical management of gynecomastia: experience of a general surgery center. Il G Chir [Internet]. 2016 [acceso: 23/03/2023]; 37(4):150-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27938530/>
23. Song YN, Wang YB, Huang R, He XG, Zhang JF, Zhang GQ, et al. Surgical treatment of gynecomastia: mastectomy compared to liposuction technique. Ann Plast Surg [Internet]. 2014 [acceso: 12/02/2023]; 73(3):275-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23644441/>
24. Costanzo P, Suárez S, Aszpis SM, Stewart Usher JG, Pragier UM, Vázquez Cayoja M, et al. Ginecomastia: aspectos clínicos y etiológicos. Estudio retrospectivo y multicéntrico. Rev Argent Endocrinol Metab [Internet]. 2015 [acceso: 11/01/2023]; 52(1):22-8. Disponible en: [https://raem.org.ar/articulos\\_raem/ginecomastia-aspectos-clinicos-y-etilogicos-estudio-retrospectivo-y-multicentrico/](https://raem.org.ar/articulos_raem/ginecomastia-aspectos-clinicos-y-etilogicos-estudio-retrospectivo-y-multicentrico/)
25. Jian C, Wu L, Lin L, Liu W, Zheng Z, Yang C. Single-port endoscopic mastectomy via the lateral chest approach for the treatment of grade II gynecomastia. Medicine (Baltimore) [Internet]. 2020 [citado 13 de enero de 2023]; 99(22): e20100. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32481376/>  
<http://revcimeq.sld.cu/index.php/img>  
[revinmedquir@infomed.sld.cu](mailto:revinmedquir@infomed.sld.cu)

Bajo licencia Creative Commons







2025; 16: e959

26. Vojvodic M, Xu FZ, Cai R, Roy M, Fielding JC. Anabolic-androgenic Steroid Use Among Gynecomastia Patients: Prevalence and Relevance to Surgical Management. *Ann Plast Surg* [Internet]. 2019 [citado 11 de enero de 2023]; 83(3):258-63. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31021838/>
27. Yao Y, Yang Y, Liu J, Wang Y, Zhao Y. Vacuum-assisted minimally invasive surgery-An innovative method for the operative treatment of gynecomastia. *Surgery* [Internet]. 2019 [citado 11 de enero de 2023]; 166(5):934-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31248653/>
28. Gottlieb S, Pasqualini T, Martínez A, Bengolea SV, Azaretzky M, Ciaccio M, et al. Características clínicas y etiología de la ginecomastia en pacientes en edad prepuberal. *Rev Argent Endocrinol Metab* [Internet]. 2015 [citado 11 de febrero de 2023]; 52(2):57-65. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1851-30342015000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1851-30342015000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
29. Davanço RAS, Sabino Neto M, Garcia EB, Matsuoka PK, Huijsmans JPR, Ferreira LM. Quality of life in the surgical treatment of gynecomastia. *Aesthetic Plast Surg* [Internet]. 2009 [citado 13 de enero de 2023]; 33(4):514-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18953597/>
30. Mohan A, Rangwala M, Rajendran N. Use of Tumescant Anesthesia in Surgical Excision of Gynecomastia. *Surg Innov* [Internet]. 2022 [citado 12 de enero de 2023]; 29(1):22-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33830832/>
31. Thiénot S, Bertheuil N, Carloni R, Méal C, Aillet S, Herlin C, et al. PosteroInferior Pedicle Surgical Technique for the Treatment of Grade III Gynecomastia. *Aesthetic Plast Surg* [Internet]. 2017 [citado 12 de enero de 2023]; 41(3):531-41. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/1457496913496359>

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/img>

[revinmedquir@infomed.sld.cu](mailto:revinmedquir@infomed.sld.cu)

Bajo licencia Creative Commons





2025; 16: e959

32. Lapid O, Jolink F. Surgical management of gynecomastia: 20 years' experience. Scand J Surg SJS Off Organ Finn Surg Soc Scand Surg Soc [Internet]. 2014 [citado 19 de enero de 2023];103(1):41-5. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1457496913496359>
33. Chao JW, Raveendran JA, Maly C, Rogers G, Boyajian M, Oh AK. ClosedSuction Drains After Subcutaneous Mastectomy for Gynecomastia: Do They Reduce Complications? Aesthetic Plast Surg [Internet]. 2017; 41(6):1291-4. DOI: [10.1007/s00266-017-0959-z](https://doi.org/10.1007/s00266-017-0959-z)
34. Godoy GM, Garc á VV, Eidenson GP. Tratamiento quirúrgico de la ginecomastia. Nuestra experiencia institucional. Rev Argent Mastol [Internet]. 2015 [citado 11 de febrero de 2023]; 34(123):32-41. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-777932?lang=es>
35. Cannistrà C, Al-Shaqsi Y. Peri-areolar double-pedicle technique in the treatment of iatrogenic gynecomastia. Saudi Med J [Internet]. 2021; 42(5):574-7. DOI: [10.15537/smj.2021.42.5.20200459](https://doi.org/10.15537/smj.2021.42.5.20200459)

### Conflictos de intereses

Los autores no refieren conflictos de intereses.

### Información financiera

Los autores no recibieron financiación para la realización de este trabajo.

### Contribución de los autores

*Conceptualización:* Armando Sánchez Leal, Daniel Noriega Rodríguez, Katherine Ricardo González, Salissou Samaila Issa, Ismaél Oumarou Issaka

*Curación de datos:* Armando Sánchez Leal, Daniel Noriega Rodríguez, Katherine Ricardo González, Salissou Samaila Issa, Ismaél Oumarou Issaka

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/img>

[revinmedquir@infomed.sld.cu](mailto:revinmedquir@infomed.sld.cu)

Bajo licencia Creative Commons





2025; 16: e959

*Análisis formal: Armando Sánchez Leal, Daniel Noriega Rodríguez, Katherine Ricardo González, Salissou Samaila Issa, Ismaél Oumarou Issaka*

*Adquisición de fondos: Armando Sánchez Leal, Daniel Noriega Rodríguez, Katherine Ricardo González, Salissou Samaila Issa, Ismaél Oumarou Issaka*

*Investigación: Armando Sánchez Leal, Daniel Noriega Rodríguez, Katherine Ricardo González, Salissou Samaila Issa, Ismaél Oumarou Issaka*

*Metodología: Armando Sánchez Leal, Daniel Noriega Rodríguez, Katherine Ricardo González, Salissou Samaila Issa, Ismaél Oumarou Issaka*

*Administración del proyecto: Armando Sánchez Leal, Daniel Noriega Rodríguez, Katherine Ricardo González, Salissou Samaila Issa, Ismaél Oumarou Issaka*

*Recursos: Armando Sánchez Leal, Daniel Noriega Rodríguez, Katherine Ricardo González, Salissou Samaila Issa, Ismaél Oumarou Issaka*

*Software: Armando Sánchez Leal, Daniel Noriega Rodríguez, Katherine Ricardo González, Salissou Samaila Issa, Ismaél Oumarou Issaka*

*Supervisión: Armando Sánchez Leal, Daniel Noriega Rodríguez, Katherine Ricardo González, Salissou Samaila Issa, Ismaél Oumarou Issaka*

*Validación: Armando Sánchez Leal, Daniel Noriega Rodríguez, Katherine Ricardo González, Salissou Samaila Issa, Ismaél Oumarou Issaka*

*Visualización: Armando Sánchez Leal, Daniel Noriega Rodríguez, Katherine Ricardo González, Salissou Samaila Issa, Ismaél Oumarou Issaka*

*Redacción - borrador original: Armando Sánchez Leal, Daniel Noriega Rodríguez, Katherine Ricardo González, Salissou Samaila Issa, Ismaél Oumarou Issaka*

*Redacción - revisión y edición: Armando Sánchez Leal, Daniel Noriega Rodríguez, Katherine Ricardo González, Salissou Samaila Issa, Ismaél Oumarou Issaka*

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

[revinmedquir@infomed.sld.cu](mailto:revinmedquir@infomed.sld.cu)

Bajo licencia Creative Commons

