

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

GINECOMASTIA: REVISION DE 51 CASOS
EN EL HOSPITAL MILITAR

JOSE ENRIQUE MARTINEZ LEONARDO

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION*
- II. GENERALIDADES. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.*
- III. ETIOLOGIA.*
- IV. TRATAMIENTO. TECNICA QUIRURGICA.*
- V. CASUISTICA.*
- VI. PORCENTAJES.*
- VII. CONCLUSIONES.*
- VIII. BIBLIOGRAFIA.*
- IX. GRAFICAS*

I. INTRODUCCION

Si se toma en cuenta el problema psicológico que para un hombre representa, el tener aumento de las glándulas mamarias, se comprenderá el por qué nos llamó la atención e hicimos una revisión de los casos de ginecomastia que se presentaron al departamento de Cirugía del Hospital Militar, en los últimos 10 años.

En nuestro estudio, comparativamente, hemos encontrado mayor incidencia que en algunos otros hospitales nacionales, pudiéndose deber ello al tipo especial de paciente y a la clase de actividad que desarrolla, ya que el convivir con compañeros del mismo sexo y mostrar el defecto que padece, le produce problemas de tipo psicológico, porque se le llega a considerar disminuido en su calidad de hombre, lo que lo obliga a consultar el hospital.

Es por eso que en nuestros casos la cirugía que estaba indicada, brindó un tratamiento valioso con la mastectomía simple, solucionándoles rápidamente el problema psicossomático.

Todos los pacientes estudiados, fueron tratados por este método por la común etiología que tenían, y por ser la principal queja a su ingreso, el dolor y el problema que les producía la ginecomastia.

Además de revisar en este trabajo los 51 casos operados, los porcentajes y conclusiones que de ellos se pueden obtener, se trató de hacer un estudio de las generalidades, causas etiológicas y el diagnóstico diferencial, de la hipertrofia mamaria masculina.

II. GENERALIDADES. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Se denomina ginecomastia a la hipertrofia de la glándula mamaria masculina, que se manifiesta clínicamente en los casos mínimos, como una placa discoide firme, que puede ser unilateral o bilateral, situada por debajo del pezón y la areola; otras veces llega a dimensiones mayores, alcanzando las proporciones de las mamas de una niña adolescente y excepcionalmente a las de una mujer adulta normal.

La ginecomastia puede ser descubierta accidentalmente al efectuar el examen clínico del paciente, que consulta al médico por otro tipo de padecimiento, como por ejemplo una neoplasia del pulmón o una cirrosis hepática, causas etiológicas de las que nos ocuparemos más adelante; o bien en otras ocasiones la hipertrofia mamaria constituye el único motivo de consulta, como ocurre en los casos que se estudian en este trabajo, debido ya sea al dolor que el aumento de la glándula mamaria les produce o al problema psicológico que implica en un hombre el tener las mamas de aspecto femenino.

Es muy importante hacer el diagnóstico diferencial de la ginecomastia con otras entidades patológicas que se le asemejan, sobre todo para determinar la conducta curativa a seguir.

En primer lugar tendríamos a la pseudoginecomastia, que consiste en el acúmulo adiposo en la región mamaria, llamada también adipomastia o lipomastia, que es frecuente en la obesidad primaria, y la que acompaña a algunos eunucoides y al síndrome adiposo-genital de Frölich. En este caso la palpación permite establecer el diagnóstico diferencial, ya que en la verdadera ginecomastia se percibe tejido glandular consistente de superficie granulosa, siendo en la lipomastia el tejido uniformemente blando. En igual forma la transiluminación muestra un área opacada en la ginecomastia verdadera, mientras que el tejido adiposo es translúcido.

Ocasionalmente en la ginecomastia puede verse fluir por el pezón una secreción mucinosa, espontáneamente o a la expresión.

Otro grupo de enfermedades de la mama del que se debe diferenciar la ginecomastia, es aquél que no se puede incluir dentro de grupo de las falsas ginecomastias, pero que puede confundirse con ellas por la apariencia que en algunos casos llegan a tener. Entre ellas se cuentan las enfermedades de la pared torácica, como son:

1. Inflamaciones agudas: las mastitis agudas, los abscesos y flegmones.
2. Inflamaciones crónicas: Las mastitis crónicas, las micosis, la tuberculosis costal, la sífilis costal y la ostiomielitis.
3. Los Tumores, con su división de benignos y malignos, encontrando entre los primeros: a) Quísticos: serosos, de retención, adenoma, linfangioma, galactoceles, quiste papilar, dermoide, sebáceo, hidatídico y hemático. b) Sólidos: lipomas, fibromas, fibroadenomas, fibropapiloma y angiomas.

Entre los malignos: condroma, epiteloma (basocelular, espinocelular, melanoma), carcinoma (ductal y papilar), adenocarcinoma, sarcoma (fibrosarcoma, adenosarcoma, linfosarcoma, liposarcoma).

Semiológicamente la ginecomastia se puede dividir en cuatro grados (Nidick), así:

Grado I: pequeña masa discoide firme y sensible, cuyos límites no alcanzan el borde areolar, teniendo un tamaño aproximado de 0.5 cm.

Grado II: la masa glandular alcanza el borde de la areola, teniendo un diámetro aproximado de 1.5 cm.

Grado III: El tejido mamario desborda 0.5 cm. por fuera de la areola.

Grado IV: el tamaño de la glándula es mucho mayor y tiene el aspecto francamente femenino.

Es fácilmente presumible que esta clasificación se aplica

perfectamente, cuando no hay obesidad exógena asociada con la cual la medición pierde exactitud.

Histológicamente se puede clasificar la ginecomastia en dos tipos diferentes:

Tipo I: También llamada ginecomastia florida, se caracteriza por aumento del número de conductillos, proliferación del epitelio ductal con formación de dos o más capas, asumiendo una disposición columnar, con hipertrofia nuclear, aumento del estroma y proliferación fibroblástica, reemplazando al tejido adiposo; leve aumento de la secreción de los conductos y proliferación de las glándulas apócrinas de la areola.

Tipo II: O ginecomastia fibrosa, que se caracteriza en términos generales por un ligero aumento en el número de los conductillos, con escasa proliferación epitelial o ausencia de la misma; aumento del estroma que asume apariencia hialina, reemplazo de la grasa por estroma y ausencia de infiltración linfocitaria periductal.

En cuanto a la etapa de la vida en que la ginecomastia se presente, tenemos la siguiente clasificación:

1. En los recién nacidos de ambos sexos se nota ligero aumento de las glándulas mamarias, debido a la acción de los estrógenos maternos que atraviesan la barrera placentaria, siendo la misma transitoria, y desaparece de 7 a 10 días.
2. En la adolescencia es común un leve grado de ginecomastia que es la llamada hipertrofia mamaria masculina prepuberal idiopática.

En la mayoría de los casos desaparece espontáneamente antes de los 17 años de edad, aunque puede llegar hasta la edad adulta.

3. En la edad adulta se presenta el tipo de ginecomastia que en términos generales es la que más importancia reviste para el clínico, ya que

puede asociarse a padecimientos endócrinos o no endócrinos, que aparentemente responden a un mecanismo común, que es el hiperestrogenismo absoluto o relativo, como se verá mas adelante al hablar de causas etiológicas de la ginecomastia.

4. En la senectud, entre los 60 y 80 años de edad, puede producirse una ginecomastia, cuyas características recuerdan las de la hiperplasia discoide de la pubertad; puede ser de un solo lado o bilateral, descubriéndose a la palpación una masa discoide algo dolorosa, de superficie granulosa. Esta ginecomastia también llamada involutiva, desaparece espontáneamente en uno o dos años, atribuyéndose su tipo transitorio al predominio de las hormonas de acción estrogénica sobre los andrógenos. Es este tipo de ginecomastia en donde el diagnóstico diferencial debe hacerse con sumo cuidado, ya que aunque el cáncer de la mama masculina sea poco frecuente, debe siempre tenerse en la mente, pudiendo diferenciarse fácilmente de la ginecomastia, por sus características de ser excéntrico, adherirse al pezón y tejido retromamario y ulceración temprana.

III. ETIOLOGIA

Existen varias causas etiológicas de la ginecomastia, entre las cuales podemos enumerar:

- I. Endocrinopatías: que pueden ser de origen testicular, tiroidea, adrenal e hipofisiaria.

a) Testiculares: hipogonadismo primario, como lo es el Síndrome de Klinefelter, que entre sus signos más característicos tiene: conformación eunucoide, siendo los testículos pequeños y que en la biopsia muestra hialinización y fibrosis de los túbulos seminíferos, hiperplasia de las células de Leydig y ausencia de fibras elásticas. Además presenta azoospermia, anomalías mentales de grado variable; ginecomastia bilateral con hiperplasia

del tejido conectivo interductal y cromatina sexual positiva.

Otros tipos de hipogonadismo y al que se asocia la ginecomastia, son: el pseudohermafroditismo masculino que se caracteriza por conformación somática femenina, con ginecomastia tipo niña adolescente; genitales externos femeninos pero testículos presentes en labios mayores, canales inguinales o abdomen. El hermafroditismo verdadero, en el que la gonada tiene tejido ovárico y testicular; algunos de estos individuos con apariencia y genitales externos masculinos, desarrollan al llegar a la pubertad, glándulas mamarias que llegan a tener las proporciones de las de una mujer adulta.

Los tumores testiculares, como el corioepitelioma, teratoma, tumor de células intersticiales, pueden acompañarse de ginecomastia, siendo la misma en la mayoría de los casos, la manifestación más temprana antes de que el tumor se haga palpable, lo que hay que tomar muy en cuenta para poder dar con el diagnóstico de la neoplasia, en una etapa temprana, en que el tratamiento sea posible.

b) Tiroideos: tenemos el hipertiroidismo, en el cual la ginecomastia que se presenta es debida a la acción de la tirotrofina, o alguna sustancia no hipofisiaria, cuya elaboración parecería estar a cargo de los linfocitos.

En el hipotiroidismo primario puede registrarse ginecomastia, lo mismo que en el secundario por exceso de radioyodo; en este último caso, el agrandamiento mamario disminuye al volverse el paciente eutiroides.

c) Adrenales: se tienen algunos tumores de la corteza adrenal, que se acompañan de ginecomastia y otros tipos de feminización, tales como atrofia testicular y del pene, disminución de la libido, velloidad pubiana femenina y disminución del vello corporal. De todos estos signos de los tumores feminizantes, la ginecomastia es la más constante y de aparición más temprana siendo por lo general bilateral, con aparición de dolor temprano pudiendo tener ligera secreción por el pezón. A los signos de feminización se asocian en algunos enfermos evidencias del Síndrome de

Cushing, como lo son la hipertensión arterial, la obesidad, etc. Cuando se presenta en la niñez se acelera el crecimiento, que desaparece junto con la ginecomastia al extirpar el tumor.

En la Enfermedad de Addison se ha observado ginecomastia al comenzar la mejoría inducida por la terapéutica, tal como ocurre en los desnutridos realimentados.

d) Hipofisiarias: tenemos la acromegalia y los adenomas cromóforos de esta glándula, en los que se ha observado ocasionalmente ginecomastia y galactorrea, que se explica porque la hormona mamotropa es elaborada por las células eosinófilas de la adenohipófisis, que segregan asimismo la hormona del crecimiento; por lo demás la somatotrofina también ejerce influencia sobre el crecimiento mamario y experimentalmente se comporta como hormona lactogénica.

II. Ginecomastia iatrogénica, por administración de ciertas drogas, entre las que se tiene:

a) aquel grupo de medicamentos que ejercen acción sobre el hipotálamo y el cerebro medio, como son las fenotiazinas, el meprobamato y la reserpina, que pueden producir hipertrofia: mamaria y galactorrea, por estimulación de los centros hipotalámicos anteriores, que elaboran el factor liberador de la hormona lactogénica hipofisiaria; o bien por depresión de los centros hipotalámicos posteriores que sintetizan el factor inhibidor de la prolactina. Es así como experimentalmente la administración de derivados fenotiazínicos, a ratas y conejas vírgenes, provoca desarrollo mamario y secreción láctea por ese mecanismo.

b) Las gonadotropinas coriónicas actúan sobre los testículos, cuyas células de Leydig elaboran estrógenos.

c) La administración de ACTH aumenta la producción de estrógenos por la corteza suprarrenal.

d) En el tratamiento del cáncer de la próstata con altas dosis de estrógenos la feminización mamaria constituye un hecho casi constante; comprobándose lo anterior en el trabajo de tesis de graduación del Dr. Paz Cojulún, en el que se estudiaron 25 pacientes con cáncer inoperable de la próstata, a los que se les dió tratamiento de estrógenos, teniéndose un 20 o/o de ginecomastia, atribuyéndose que no fuera mayor este porcentaje a que la mayoría de los pacientes abandonan este tipo de tratamiento al notar que les produce aumento de las mamas y a que no regresan a controlarse periódicamente.

e) Paradójicamente la terapéutica androgénica puede producir ginecomastia, ya que in vivo la testosterona es convertida en estrógenos por las enzimas de los testículos y la corteza suprarrenal.

f) Respecto a la digital, si bien se le imputó una acción mamogénica, en la actualidad se cree que actúa por el mecanismo de la realimentación, cuando el paciente al compensar la insuficiencia cardíaca mejora su estado de nutrición. Así se explica que la ginecomastia retroceda pese a la continuación del tratamiento; aunque también se le ha atribuido que tiene efecto sobre las mamas, a una sustancia que resulta de la degradación de la digital, explicándose así que produzca hipertrofia mamaria.

III. La ginecomastia por realimentación: se supone que en la desnutrición grave existe una paralización de la actividad de la hipófisis anterior, que cede lugar a una brusca reactivación cuando mejora el estado nutricional. Debido a que con la desnutrición el hígado sufre una degeneración grasa, que lo incapacita parcialmente en su función de metabolizar los estrógenos, se comprende que estando éstos en poca cantidad, no hay problema alguno, pero al mejorar la producción estrogénica por la mejora de la función hipofisiaria, el hígado aún se encuentra incapacitado para degradar el progresivo aumento de estrógenos circulantes, lo que explica la aparición de la ginecomastia.

Similar causa le podemos atribuir a los casos revisados en este trabajo, en el que se puede observar que el 88 o/o de pacientes son soldados, y por consiguiente personas de condición humilde y escasos recursos económicos,

que se sabe tienen una alimentación deficiente, la que mejora notablemente al ingresar al ejército; observándose en los casos estudiados, que la mayoría tiene una evolución de 2 a 6 meses, o sea después de haber ingresado al mismo.

Se aplica también este mecanismo a la ginecomastia observada en la mayoría de los pacientes que padecen lepra, tuberculosis, diabetes e insuficiencia cardíaca, así como a los que padecen insuficiencia renal que son tratados con hemodiálisis repetidas.

IV. Causas varias:

a) Asociación de cáncer del pulmón con ginecomastia ha sido descrita por varios autores, siendo desconocida su incidencia, así como de su patogenia no se ha podido dar una explicación concluyente. Se sabe que es una manifestación paraneoplásica que puede anteceder en mucho tiempo a otros síntomas; la hipertrofia mamaria desaparece después de extirpar el tumor. Sobre esto se han dado hipótesis, como la de que el tumor produce sustancias que determinan cambios hormonales, o que la presencia de la neoplasia estimula la producción de sustancias tipo gonadotrofina, mamotrofina o estrógenos.

Se ha podido demostrar que en casos de cáncer del pulmón con ginecomastia, los extractos de tumor tenían intensa actividad gonadotrófica y en la orina había excreción de estas sustancias. Otra posibilidad propuesta, es la de que la ginecomastia es una modalidad reaccional del portador, a la tensión psíquica del estado morboso y que la ginecomastia y el tumor son en conjunto o separadamente, manifestaciones de algún factor desconocido que da origen a la neoplasia.

b) Afecciones hepáticas: la cirrosis hepática, la hepatitis, el hepatoma y el hígado crónicamente congestivo de la insuficiencia cardíaca, pueden acompañarse de ginecomastia. Se conoce desde 1904 la tríada de Silvestrini que consiste en cirrosis, ginecomastia y atrofia testicular, siendo estos dos últimos componentes, juntamente con las telangiectasias

atribuidas al aumento de estrógenos libres circulantes no conjugados. Sin embargo la inactivación hepática de los estrógenos, es una de las últimas funciones comprometidas en la insuficiencia hepática grave, y una proporción mínima de cirróticos presentan aumento de las glándulas mamarias, lo que hace pensar que existe un factor local, consistente en un aumento de la sensibilidad del tejido rudimentario de las mamas a los estrógenos circulantes.

En el daño hepático por alcohólico, ocasionalmente se presenta la ginecomastia, siendo ésta proporcional al daño del hígado. Al disminuir la ingesta de alcohol se nota aumento en el peso del paciente, mejora en los resultados de las pruebas hepáticas y concomitantemente disminución en el tamaño de las mamas, desaparece la mastodinia y aumenta la libido.

c) Se ha comprobado también la presencia de ginecomastia en algunas colagenopatías y en varias afecciones neurológicas.

V. La ginecomastia hereditaria, se caracteriza por ser la única anomalía, en los diversos miembros de la familia afectada. El rango genético puede ser dominante o recesivo. La aparición de la ginecomastia generalmente de grandes proporciones, coincide casi siempre con la edad puberal, pero no involuciona espontáneamente o lo hace tardíamente, obligando así al tratamiento quirúrgico por razones estéticas y psicológicas.

VI. La ginecomastia idiopática: que se observa en el hombre adulto sin causa conocida, admitiéndose que el tejido mamario rudimentario experimenta en esas ocasiones, una alteración metabólica que predispone al desarrollo de ginecomastia en un medio hormonal normal. Se trataría en estos casos, de una hiperactividad local a las influencias mamogénicas de las diferentes hormonas que poseen ese género de acción, la cual podría muy bien ser desarrollada por un traumatismo o una irritación local crónica, que llevara al aumento de la glándula mamaria afectada, no encontrándose por eso ningún otro agente etiológico de los ya enumerados, que explicaran el cuadro.

IV. TRATAMIENTO

La conducta terapéutica a seguir para los casos de ginecomastia, variará notablemente de acuerdo a la causa etiológica que la motivó; siendo así que en el adulto deberá corregirse la endocrinopatía subyacente, extirparse el tumor responsable, suprarrenal, testicular o adrenal, interrumpir el medicamento que la esté produciendo iatrogénicamente, excepto en la estrogenoterapia por carcinoma prostático.

En la adolescencia y la senectud, el tratamiento se hace innecesario, pues involuciona espontáneamente, según algunos autores hasta en un 80 o/o en el plazo de seis meses.

Se ha mencionado la radioterapia como una buena conducta, pero hay que tener presente que los efectos carcinógenos de la radiación están bien demostrados; al respecto Lowell en la revista Cancer (9), publica el caso de un paciente de 46 años, que a la edad de los 10 años fue irradiado en la mama derecha como tratamiento elegido para una hiperplasia de la glándula mamaria de ese lado; y que a la fecha, 36 años después, presentaba un carcinoma ductal infiltrante de la mama derecha que en esta ocasión fue tratado con una mastectomía radical y disección del contenido axilar. Debido que al paciente no se le encontró ningún antecedente hereditario de cáncer, enfermedad hepática, hormonal o de otra clase, los hizo pensar que el origen de la neoplasia pudiera ser la radiación que el paciente recibiera años antes.

En términos generales la ginecomastia de la pubertad no debe recibir tratamiento alguno, pero si persistiera el cuadro por varios años, y el mismo ocasionara influencias psíquicas desfavorables al paciente, por su significado simbólico de disminución de su virilidad, se seguirá la conducta quirúrgica, que fué la de elección en nuestros casos, debido a que a todos los pacientes además del problema dolor, que se presentó en un 88 o/o de ellos, se tenía el problema de origen psicológico ya mencionado, que por el tipo de ocupación se hacía más notable.

Además de la indicación de tipo psicológico, que se toma en cuenta para elegir el tratamiento quirúrgico, tenemos otras más, como lo son: los casos en que no se pueda controlar su supuesta involución; que se tenga sospecha de malignidad; que no hayan signos de regresión después del tiempo prudencial esperado para ello y por razones puramente estéticas.

TECNICA QUIRURGICA.

Existen dos tipos de incisiones básicas en la mastectomía simple, para el tratamiento quirúrgico de la ginecomastia; dependiendo del tamaño de la mama glandular para efectuar una u otra. Así tenemos la incisión sub-areolar, que se utiliza en los casos de ginecomastia discreta; haciéndose semicircular en el límite de la piel y la areola, en la parte más inferior, interesando piel y tejido celular subcutáneo, liberando la masa glandular de la piel de areola, haciendo tracción del colgajo superior con puntos de hilo, para no contusionar los bordes de la herida si se hiciera con instrumentos. Al tener completamente separada la glándula de la piel y hecha una conveniente hemostasis de los vasos sangrantes, se procede a encontrar el plano de clivaje entre la masa glandular y la fascia pectoral, teniendo especial cuidado de no lesionarla; en esta forma se completa la extirpación de la glándula. Se procede entonces a fijar la pared posterior del pezón a la fascia pectoral, cuidando así que quede simétrico con relación al del otro lado, y luego sutura de los bordes de la herida, con puntos separados de hilo de seda fina, cuidando que coapten bien y sin mayor tensión para evitar necrosis de los mismos; recordando poner previamente un drenaje (penrose) para que no se acumule líquido serosanguinolento y dificulte la cicatrización. Luego se coloca un vendaje compresivo y se da por terminada la intervención.

El otro tipo de incisión es la submamaria que se diferencia únicamente porque se hace en el pliegue submamario, usándose cuando la glándula es de mayor tamaño. Se pueden hacer prolongaciones a las incisiones semicirculares, para poder así ampliar la herida en caso necesario.

V. CASUISTICA.

CASO No. 1: LSC de 20 años, soldado, consulta refiriendo tumefacción en la mama derecha, de dos meses de evolución; dolorosa, que no da ninguna secreción, y sin antecedentes de traumatismo. Se hizo el diagnóstico clínico de ginecomastia, practicándosele una mastectomía simple, con una incisión subareolar, sin complicaciones. El reporte de anatomía patológica fue de Ginecomastia.

CASO No. 2: OGC de 20 años, soldado, consulta por tumoración de la mama izquierda de dos meses de evolución; con dolor punzante, sin secreción y sin antecedentes de traumatismo. Se diagnosticó clínicamente ginecomastia, y se le practicó una mastectomía simple, sin complicaciones. El resultado de anatomía patológica fue de Ginecomastia, sin ningún signo de malignidad.

CASO No. 3: CQA de 22 años, soldado, ingresó refiriendo historia de 3 meses de presentar tumoración dolorosa en la mama izquierda. Se le practicó mastectomía simple de ese lado, siendo reportado por patología como Ginecomastia. No hubo ninguna complicación post-operatoria.

CASO No. 4: JGA de 19 años de edad, soldado, consulta por presentar tumefacción en la mama izquierda desde la pubertad; dolorosa desde los últimos meses, sin ninguna secreción. Se diagnosticó clínicamente ginecomastia, habiéndosele practicado una mastectomía simple, extirpándosele la glándula de 6 x 4 cms. sin ninguna complicación. El diagnóstico patológico fue de Ginecomastia.

CASO No. 5: GCV de 19 años, soldado, consulta por masa en la mama izquierda, dolorosa, sin secreción. Se le practicó una mastectomía simple, sin complicaciones. El resultado de anatomía patológica fue de Ginecomastia.

CASO No. 6: FRB de 20 años de edad, soldado, consulta refiriendo historia de presentar tumoración de la mama derecha, de dos meses de

evolución, que le apareció posteriormente a haber sufrido traumatismo en esa región. Se le hizo el diagnóstico clínico de ginecomastia, habiéndosele practicado una mastectomía simple del lado afectado, siendo reportado por patología como Ginecomastia.

CASO No. 7: JLS de 19 años, soldado, ingresa por presentar desde hace tres meses, tumoración en la mama izquierda, dolorosa, sin secreción, sin traumatismo previo. Se le hizo una mastectomía simple con una incisión sub-areolar, sin complicaciones. El resultado de patología fue de Ginecomastia.

CASO No. 8: HRM de 19 años de edad, soldado, consulta por presentar desde hace 3 meses, tumefacción de la mama izquierda, dolorosa, sin antecedentes de traumatismo. Se practicó una mastectomía simple, extirpándose la glándula de 5 x 3 cms. Resultado de patología fue Ginecomastia.

CASO No. 9: JPCH de 20 años de edad, soldado, ingresó refiriendo historia de presentar tumoración de la mama derecha, de dos meses de evolución, sin antecedentes de traumatismo, sin presentar secreción alguna y ligeramente dolorosa. Se hizo el diagnóstico de ginecomastia, que fué comprobado por anatomía patológica, después de habersele practicado una mastectomía simple de ese lado.

CASO No. 10: MRE de 18 años de edad, policía militar, consulta refiriendo tumefacción en la mama derecha, sin antecedentes de traumatismo, sin secreción. Se le practicó una mastectomía simple derecha, habiendo presentado como complicación en el post-operatorio, infección de la herida, la cual desapareció en pocos días. Anatomía patológica reportó Ginecomastia.

CASO No. 11: LVC de 18 años de edad, policía militar, consulta por presentar desde hace tres meses aumento de la mama derecha, dolorosa, que no dá ninguna secreción. Se le practicó una mastectomía simple

derecha, extirpándose una glándula de 3.5 x 3 cms., que fué reportada por patología como Ginecomastia.

CASO No. 12: DRS de 18 años de edad, soldado, ingresó refiriendo aumento de la mama derecha de un mes de evolución, que le ocasiona dolor, sin presentar secreción ni antecedente de traumatismo. Se le practicó una mastectomía simple del lado afectado, con una incisión sub-areolar, sin complicaciones. Fué reportado por patología como Ginecomastia.

CASO No. 13: PPP de 23 años, soldado, refiere a su ingreso tumefacción de la mama derecha, que no le causa dolor ni presenta secreción. Se le practica una mastectomía simple derecha, sin ninguna complicación, extirpándose glándula de 3 x 3 cms.

CASO No. 14: CVB de 25 años de edad, ingresa por presentar aumento considerable de la mama izquierda de 6 meses de evolución, que le causa dolor; no presenta secreción ni antecedente de traumatismo. Se le practicó una mastectomía simple, con una incisión sub-areolar con prolongación hacia la axila del lado correspondiente; no hubo complicaciones. Se extirpó glándula de 10 x 10 cms. que fué reportada como Ginecomastia, sin signos de malignidad.

CASO No. 15: AAV de 20 años de edad, soldado, consulta por aumento marcado de la mama derecha de 10 meses de evolución, dolorosa, sin secreción. Se le practicó una mastectomía simple extirpándose glándula de 10 x 3 cms. En el pos-operatorio presentó necrosis de los labios de la herida, que luego cicatrizaron por segunda intención.

CASO No. 16: JMC de 18 años de edad, soldado, presenta aumento de la mama derecha, de 3 meses de evolución, dolorosa. Se le practicó mastectomía simple, sin complicaciones. Pieza operatoria fué reportada como Ginecomastia.

CASO No. 17: BCC de 18 años de edad, soldado, ingresa refiriendo ocho meses de evolución de tumoración en la mama izquierda, dolorosa. Se

hizo diagnóstico clínico de ginecomastia unilateral, habiéndosele practicado una mastectomía simple del lado afectado, sin complicaciones; pieza operatoria fue reportada por anatomía patológica como Ginecomastia.

CASO No. 18: MCM de 19 años de edad, soldado, ingresa refiriendo historia de presentar aumento de la mama izquierda, de dos meses de evolución, dolorosa, sin secreción y sin antecedente de traumatismo. Se le practicó mastectomía simple, sin complicaciones.

CASO No. 19: ECM de 20 años de edad, soldado, consulta por tumoración de la mama izquierda, de dos meses de evolución, que le ocasiona dolor; no tiene antecedente de traumatismo previo. Se hizo diagnóstico clínico de ginecomastia, habiéndosele practicado una mastectomía simple, extirpándose glándula de 3 x 3 cms. que fué reportada como Ginecomastia. No presentó complicaciones operatorias inmediatas, pero tuvo recidiva del cuadro 18 meses después, habiéndosele intervenido de nuevo.

CASO No. 20: PCM de 21 años de edad, refiere aumento de tamaño progresivo de la mama derecha, de 2 años de evolución, que en los últimos meses le ha ocasionado dolor, sin antecedente de traumatismo y sin presentar secreción. Se le practicó una mastectomía simple, sin complicaciones, extirpándose glándula de 5 cms. que fué reportada como Ginecomastia.

CASO No. 21: CUR de 19 años de edad, soldado, consulta por presentar tumoración de la mama derecha, de un año de evolución, que le ocasiona dolor ocasional; no refiere antecedente de traumatismo, ni secreción alguna. Se extirpó glándula de 3 cms. por una incisión sub-areolar, y que fué reportada como una Ginecomastia por patología.

CASO No. 22: PSC de 19 años, soldado, ingresa consultando por aumento progresivo de la mama izquierda desde hace 2 años, que le ocasiona dolor, sin tener antecedentes de traumatismo. Se le practicó una mastectomía simple izquierda, extirpándosele glándula de 7 cms. que fué reportada como Ginecomastia. En el pos-operatorio inmediato presentó

hematoma en el área operatoria, que luego de drenarse y compresión fuerte cicatrizó en perfectas condiciones.

CASO No. 23: ACM de 20 años, soldado, ingresa por tumoración en la mama derecha, sin que le ocasione dolor alguno, ni secreción, y sin presentar antecedente de traumatismo en el área afectada. Se le extirpó glándula de 4 cms., sin complicaciones, la que fue diagnosticada como Ginecomastia.

CASO No. 24: DSB de 23 años, soldado, presenta tumoración de la mama derecha, de 3 meses de evolución, que le apareció después de sufrir traumatismo en esa región, y que le ocasiona dolor, no presentando secreción. Se le practicó mastectomía simple, extirpándose glándula de 7 cms. presentando en el pos-operatorio inmediato infección de la herida, que cicatrizó posteriormente por segunda intención.

CASO No. 25: MUO de 20 años, soldado, presenta masa indolora en la mama derecha, que apareció sin traumatismo previo y que no tiene secreción. Se le extirpó la glándula por una incisión sub-mamaria, de 6 x 4 cms., sin complicaciones. El informe de patología fue de Ginecomastia.

CASO No. 26: JMR de 17 años, soldado, consulta por 3 meses de evolución de masa en la mama derecha, que le ocasiona dolor moderado únicamente. Se le practicó mastectomía simple, obteniéndose glándula de 3 cms. que fué informada por patología como Ginecomastia. No presentó complicaciones posteriores.

CASO No. 27: PLD de 18 años, consulta por aumento de la mama derecha, de 3 meses de evolución, que le ocasiona dolor moderado, sin antecedente de traumatismo. Se le practicó una mastectomía simple de ese lado, sin complicaciones, por una incisión sub-areolar. El informe de patología fue Ginecomastia.

CASO No. 28: ECM de 22 años de edad, consulta por aumento de la mama izquierda, de 2 meses de evolución, que le ocasiona dolor moderado. Como antecedente de importancia tiene el de haber sido operado hace 18

meses por una ginecomastia de ese mismo lado. Se hizo el diagnóstico clínico de ginecomastia izquierda recidivante, sin complicaciones, y siendo reportado el informe como Ginecomastia.

CASO No. 29: JMO de 19 años, soldado, consulta por tumoración de la mama derecha, de 2 meses de evolución, con dolor moderado y sin antecedente de traumatismo en la región afectada. Se le extirpó glándula de 4 x 2 cms. sin complicaciones. El informe de patología fue de Ginecomastia.

CASO No. 30: JZG de 22 años, soldado, consulta por aumento de la mama derecha de 3 meses de evolución, presentando dolor moderado sin secreción alguna. Se le practicó una mastectomía simple, extirpándose glándula de 6 cms. que fué reportada por patología como Ginecomastia. No hubo complicaciones.

CASO No. 31: BAB de 25 años, policía militar, consulta por aumento progresivo de la mama derecha desde hace 10 años, que no le ocasiona dolor, pero que le produce moderada secreción de aspecto seroso. Se le hizo diagnóstico de Ginecomastia, habiéndosele practicado una mastectomía simple, extirpándose la glándula de 6 cms., sin complicaciones. El informe de patología fue de Ginecomastia.

CASO No. 32: JMO de 19 años, soldado, ingresa refiriendo aumento de la mama derecha de 2 meses de evolución, después de habersele practicado una mastectomía simple de ese lado por una ginecomastia; fue clasificado como una ginecomastia derecha recidivante, practicándosele el mismo tipo de intervención, sin complicaciones.

CASO No. 33: CHS de 17 años, estudiante, consulta por presentar tumoración en la mama derecha de 1 año de evolución, que le produce dolor moderado, sin tener antecedente de traumatismo previo. Se le practicó una mastectomía simple habiéndose extirpado la glándula de 3 cms. que fue informada como Ginecomastia.

CASO No. 34: VOO* de 19 años, presista, consulta por aumento de la mama izquierda de 1 mes de evolución. No refiere dolor u otra molestia.

Se le practicó una mastectomía simple sin complicaciones, con una incisión sub-mamaria, extirpándose la glándula de 6 cms. Fue informada como Ginecomastia.

CASO No. 35: JEP soldado, de 20 años, consulta por 2 meses de evolución de aumento de la mama derecha, que le ocasiona dolor moderado y secreción serosa. Se le practicó mastectomía simple de ese lado, sin complicaciones, extirpándose glándula de 4 x 3 cms. Fue informada como ginecomasti.

CASO No. 36: COR de 19 años, estudiante, ingresa por aumento de la mama derecha de 6 meses de evolución, que le cuasa dolor y ninguna secreción. Se le practicó mastectomía simple sin complicaciones que fue informada como Ginecomastia.

CASO No. 37: LIO de 17 años, estudiante, consulta por tumoración de la mama derecha de 1 año de evolución, dolorosa, sin secreción y sin antecedente de traumatismo. Se extirpó glándula de 5 cms. que fue reportada como ginecomastia.

CASO No. 38: CPG de 23 años, soldado, presenta tumefacción en la mama izquierda de tres meses de evolución, con moderado dolor, sin secreción. Se le practicó mastectomía simple sin complicaciones. Fue reportada como ginecomastia.

CASO No. 39: FVB de 22 años, ingresa por tumoración en la mama izquierda de 5 años de evolución, que en los últimos meses le ocasiona dolor moderado, sin secreción. Se le practicó una mastectomía simple de ese lado, extirpándose la glándula de 7 x 2 cms. sin complicaciones. El reporte de patología fue de ginecomastia.

CASO No. 40: GAG de 24 años, soldado, ingresa refiriendo tumefacción de la mama derecha de 2 meses de evolución, dolorosa, sin secreción y sin traumatismo previo. Se le practicó una mastectomía simple de ese lado, sin complicaciones, extirpándose glándula de 10 x 3 que fue informada como ginecomastia.

CASO No. 41: TLB de 21 años, soldado, refiere tumoración en la mama derecha de 3 meses de evolución, sin antecedente de traumatismo previo; se le practicó mastectomía simple con una incisión subareolar, extirpándose glándula de 4 cms.

CASO No. 42: ITA de 19 años de edad, soldado, consulta por presentar aumento de la mama derecha, de dos meses de evolución, con moderado dolor, sin secreción y sin antecedente de traumatismo. Se le practicó una mastectomía simple derecha, sin complicaciones, extirpándose glándula de 5 cms. que fue reportada como Ginecomastia. Como complicación pos-operatoria presentó hematoma de la región operatoria que fue drenado, cicatrizando posteriormente la herida sin problema.

CASO No. 43: VHR de 21 años, soldado, consulta por aumento de la mama izquierda, de 1 año de evolución, con moderado dolor, sin secreción y sin antecedente de traumatismo. Se le practicó una mastectomía simple con una incisión sub-mamaria, sin complicaciones. Se extirpó glándula de 6 cms. que fué reportada por patología como Ginecomastia. No hubo problema pos-operatorio.

CASO No. 44: CCO de 20 años de edad, soldado, ingresa refiriendo aumento progresivo de la mama izquierda, sin traumatismo previo, que le causa moderado dolor y no presenta secreción. Se hizo el diagnóstico clínico de ginecomastia, que se comprobó por anatomía patológica después de extirparse la glándula mamaria de 3 cms., por una mastectomía simple.

CASO No. 45: AVS de 18 años de edad, soldado, consulta por aumento de la mama izquierda, de dos meses de evolución, que le ocasiona moderado dolor, ninguna secreción y sin antecedente de traumatismo. Se le practicó mastectomía simple unilateral, sin complicaciones, extirpándose glándula de 6 x 2 cms. que fué reportada por patología como Ginecomastia.

CASO No. 46: PTC de 22 años, soldado, consulta por tumefacción de la mama derecha, de 3 meses de evolución, dolorosa, sin secreción. Se le hizo mastectomía simple, sin complicaciones, con una incisión subareolar, extirpándose glándula de 3 cms., que fué informada en patología como Ginecomastia, sin signos de malignidad. Pos-operatorio satisfactorio.

CASO No. 47: LPN de 17 años de edad, estudiante, consulta refiriendo historia de aumento progresivo de la mama izquierda desde hace dos años, que le ha dolido desde hace tiempo. No presenta secreción ni antecedente de traumatismo. Se le practicó mastectomía simple unilateral, siendo reportada como Ginecomastia.

CASO No. 48: EGS de 20 años de edad, ingresa refiriendo tumoración de la mama derecha desde hace 2 años, que se ha hecho dolorosa desde hace pocos meses. Se hizo diagnóstico clínico de ginecomastia y se le practicó una mastectomía simple sin ninguna complicación, extirpándose glándula mamaria de 5 x 5 cms., que fué reportada como Ginecomastia.

CASO No. 49: GLS de 19 años, soldado, consulta por aumento de la mama derecha, de un año de evolución, dolorosa y sin secreción. La glándula extirpada de 4 x 3 cms. fue informada como Ginecomastia. En el pos-operatorio inmediato presentó como complicación infección de la herida, que luego cicatrizó sin problema, por segunda intención.

CASO No. 50: FCL de 20 años de edad, soldado, ingresa refiriendo historia de que un año antes notó aumento de la mama del lado derecho y posteriormente igual problema con la del lado opuesto, haciéndose las dos dolorosas, no presentando secreción ni antecedentes de traumatismo previo. Se hizo el diagnóstico de ginecomastia bilateral, por lo que se le practicó una mastectomía simple bilateral, con incisiones sub-areolares, extirpándose glándulas de 4 x 3 y 6 x 5 cms., sin ninguna complicación y que fueron reportadas por patología como Ginecomastia.

CASO No. 51: PCI de 22 años, soldado, ingresa por presentar aumento de la mama izquierda, de dos años de evolución, que se ha vuelto dolorosa en los últimos meses. Se le practicó mastectomía simple unilateral, extirpándose glándula de 8 cms. sin complicaciones. El resultado de anatomía patológica fue de ginecomastia.

Como se puede observar en todos los casos estudiados anteriormente, únicamente se trata de pacientes jóvenes, la mayoría de ellos soldados, a quienes se trató por el método quirúrgico, por el dolor que presentaban y

por el problema psicológico que ello les producía.

Así es que podemos pensar que las posibles causas que determinaron la patología que estudiamos, en los pacientes arriba descritos, bien podrían ser la realimentación que en la mayoría de los casos se llevó a cabo, ya que los pacientes siendo de condición humilde y por ende de escasos recursos, padecen indiscutiblemente de cierto grado de desnutrición que se mejora notablemente al ingresar al Ejército. Asimismo en varios de ellos hay antecedentes de traumatismo en la región afectada, además del continuo roce que este tipo de individuos sufre, en forma más o menos crónica, sobre el área del pezón, con el cincho del arma, al llevarla suspendida en el hombro. Puede también deberse a la suma de los tres factores enumerados.

VI. PORCENTAJES

Se revisaron 51 casos de ginecomastia, que consultaron al Hospital Militar, durante el período comprendido de enero de 1960 a enero de 1970; a todos los cuales se les dió tratamiento quirúrgico, obteniéndose los siguientes datos estadísticos de importancia:

1. La edad varió de los 16 a los 23 años, estando distribuida en esta forma:

De 16 años	1 caso
De 17 años	3 casos
De 18 años	6 casos
De 19 años	13 casos
De 20 años	13 casos
De 21 años	3 casos
De 22 años	6 casos
De 23 años	3 casos
De 24 años	1 caso
De 25 años	2 casos

Total . . . 51 casos

2. El 88 o/o de los casos lo constituyeron pacientes soldados, el 3 o/o oficiales del Ejército y 3 o/o de civiles, así:

Soldados	45 casos
Oficiales	3 casos
Civiles	3 casos
Totales	51 casos

3. Dolor fue referido por un total de 46 pacientes sea un 88 o/o y asintomáticos fueron 5 pacientes, igual al 12 o/o.

- 4.- La localización se distribuyó de la siguiente manera:

Derechas:	30 casos	58o/o
Izquierdas:	21 casos	41o/o
Bilateral:	1 caso	1o/o
	51 casos	

- 5.- La presencia de secreción por el pezón, se encontró únicamente en 3 casos . . . 6o/o, y sin secreción 48 casos . . . 94o/o.
- 6.- Antecedente de trauma previo, en la región afectada, se tuvo únicamente en 4 casos . . . 7o/o.
- 7.- El tamaño de la masa glandular extirpada varió de 1 a 10 cms.
- 8.- Las complicaciones posoperatorias que se presentaron, fueron:

Infección de la herida:	3 casos	6o/o
Hematoma:	2 casos	4o/o
Necrosis de Herida:	1 caso	1o/o
- 9.- El resultado de anatomía patológica, fue de Ginecomastia en el 100o/o de los casos.

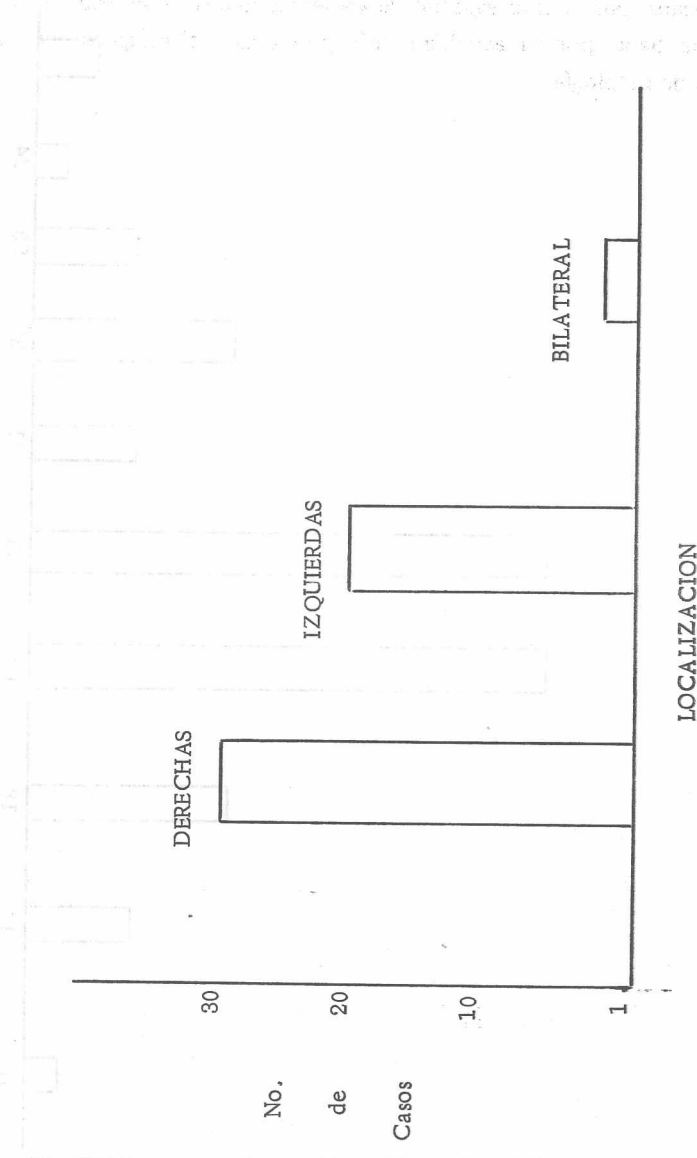
VII CONCLUSIONES

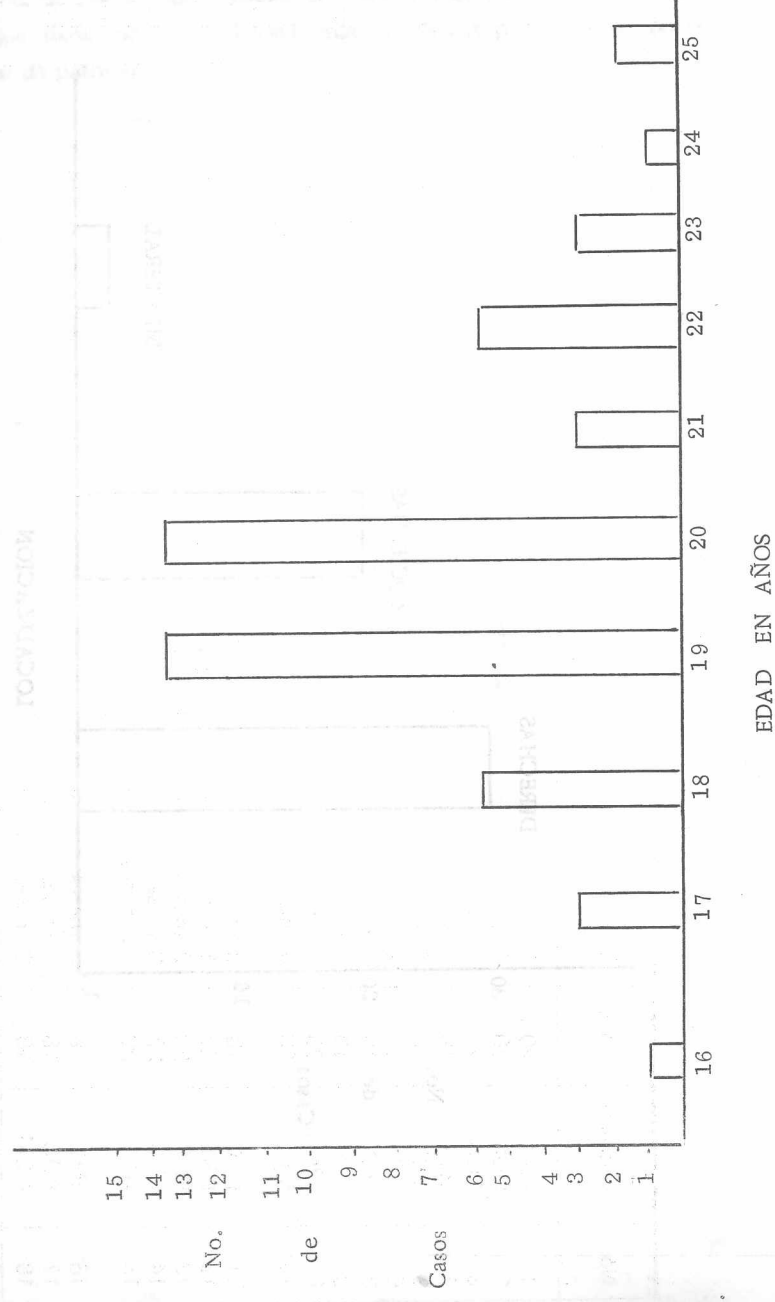
- 1.- Se revisaron un total de 51 casos de Ginecomastia que consultaron al Hospital Militar en el período comprendido de enero de 1960 a enero de 1970.
- 2.- La ginecomastia en los casos mínimos puede pasar inadvertida por el paciente, siendo hallazgo del examen físico efectuado por otro tipo de patología.
- 3.- Cuando el paciente consulta directamente por el problema de la hipertrofia mamaria, en general lo hace por el dolor que ésta le ocasiona, así como por el trauma de tipo psicológico que implica el tener las mamas de aspecto femenino.
- 4.- Es muy importante hacer el diagnóstico diferencial de la ginecomastia con otras entidades patológicas que se le asemejan, sobre todo para determinar la terapéutica que se ha de seguir.
- 5.- Los mejores métodos para llegar a hacer el diagnóstico seguro de ginecomastia, lo constituyen la palpación manual y la transiluminación.
- 6.- Se clasifica la ginecomastia atendiendo a su tamaño, a su característica histológica y por la edad en que se presenta.
- 7.- La conducta terapéutica a seguirse, variará notablemente de acuerdo a la causa etiológica que motivó la ginecomastia.
- 8.- En todos los casos estudiados en el Hospital Militar, el tratamiento de elección fué el quirúrgico, comprobándose muy buenos resultados con el mismo.
- 9.- Se llegó a la suposición de que la etiología de los casos de ginecomastia estudiados, podría ser cualquiera o la suma de las siguientes:

- a) el fenómeno de la realimentación.
 - b) el traumatismo que en alguno de ellos hubo, previo a la hipertrofia mamaria, y
 - c) el roce que continuamente sufren los soldados, en el área del pezón, con el cincho de su arma al llevarla suspendida en el hombro.
- 10.- Existen dos tipos de incisiones básicas para practicar una mastectomía simple, como tratamiento quirúrgico de la ginecomastia: la sub-areolar y la sub-mamaria, dependiendo del tamaño de la masa glandular para efectuar una u otra.
 - 11.- En los 51 casos estudiados, la edad varió de los 16 a los 25 años, estando el 50o/o de los mismos distribuidos entre los 19 a 20 años.
 - 12.- El dolor fué motivo de consulta predominante, junto con el problema psicológico, en un 88o/o, presentándose únicamente un 12o/o de asintomáticos.
 - 13.- El 88o/o de los casos lo constituye en pacientes soldados, el 6o/o oficiales y el 6o/o civiles.
 - 14.- En cuanto a la localización, se tuvo un 58o/o del lado derecho, un 41o/o izquierdas y un sólo caso bilateral.
 - 15.- Antecedente de traumatismo previo, en la región afectada la presentó un 7o/o.
 - 16.- El tamaño de la masa glandular extirpada varió de 1 a 10 cms., siendo en todas ellas el informe de patología, de Ginecomastia.
 - 17.- Como complicación pos-operatoria se tuvo 3 casos con infección, 2 casos con hematoma y 1 caso con necrosis de los labios de la herida operatoria, todas las cuales cicatrizaron en corto tiempo sin mayor problema.

- 18.- El que sea mayor el número de casos por nosotros estudiados, en comparación con los que reportan otros autores nacionales, puede explicarse por el tipo especial de pacientes que se ve en este hospital y que tiene, por su actividad, más problemas psicológicos con esta clase de patología.

ELABORACIÓN DEL AUTOR





No.	Iniciales	Edad	Evolución	Dolor	Localización	Tamaño	Secreción	Anteced. Traumat.	Complicación
1	LSC	20	2 meses	si	Der.	6 cms.	no	no	no
2	OGS	20	2 meses	si	lza.	6 cms.	no	si	no
3	COA	22	3 meses	si	lza.	5 cms.	no	no	no
4	JGA	19	5 años	si	lza.	6 cms.	no	no	no
5	GCV	19	3 meses	si	lza.	3 cms.	no	no	no
6	FR	20	2 meses	si	Der.	2 cms.	no	no	no
7	JLS	19	3 meses	si	lza.	4 cms.	no	no	no
8	HR	19	3 meses	si	lza.	5 cms.	no	no	no
9	JPCH	20	2 meses	si	Der.	10 cms.	no	no	no
10	MRE	18	6 meses	si	Der.	6 cms.	no	no	Infección herida.
11	LVC	18	3 meses	si	Der.	3 cms.	no	no	no
12	DRS	22	1 mes	si	Der.	10 cms.	no	no	no
13	PPP	23	2 meses	no	Der.	10 cms.	no	no	no
14	CVB	25	6 meses	si	lza.	4 cms.	no	no	no
15	AAV	20	10 meses	si	Der.	3 cms.	no	no	Necrosis herida
16	JMC	18	3 meses	si	Der.	5 cms.	no	no	no
17	BOC	18	8 meses	si	lza.	3 cms.	no	no	no
18	MCM	19	2 meses	si	lza.	5 cms.	no	no	no

No.	Iniciales	Edad	Evolución	Dolor	Localización	Tamaño	Secreción	Anteced. Traumát.	Complicación
19	ECM	20	2 meses	si	Izq.	3 cms.	no	no	no
20	PCM	21	2 años	si	Der.	7 cms.	no	no	no
21	CUR	19	1 año	si	Der.	4.5 cms.	no	no	no
22	PSC	19	2 años	si	Izq.	4 cms.	no	no	Hematoma
23	ACM	20	6 meses	si	Der.	5 cms.	no	no	no
24	DSB	23	3 meses	si	Der.	6 cms.	no	si	no
25	MVO	20	2 meses	no	Der.	6 cms.	no	no	no
26	JMR	17	3 meses	si	Der.	3 cms.	no	no	no
27	PLQ	18	3 meses	si	Der.	3 cms.	no	no	no
28	ECM	20	2 meses	si	Der.	4 cms.	no	no	Recidiva
29	JMO	19	2 meses	si	Izq.	4 cms.	no	no	no
30	JZG	22	3 meses	si	Der.	4 cms.	no	no	no
31	BAB	25	10 años	no	Der.	6 cms.	si	no	no
32	JMO	19	2 meses	si	Der.	4 cms.	no	no	no
33	CHS	17	1 año	si	Der.	3 cms.	no	no	no
34	VOO	19	1 mes	no	Der.	6 cms.	no	no	no
35	JFP	20	2 meses	si	Izq.	4 cms.	si	no	no
36	COR	19	6 meses	Si	Der.	3 cms.	no	no	no

No.	Iniciales	Edad	Evolución	Dolor	Localización	Tamaño	Secreción	Anteced. Traumát.	Complicación
37	CIO	16	1 año	si	Der.	5 cms.	no	no	no
38	CPG	23	3 meses	si	Der.	7 cms.	no	no	no
39	FVB	22	5 años	si	Izq.	10 cms.	no	no	no
40	GAG	24	2 meses	si	Der.	4 cms.	no	no	no
41	TLB	21	3 meses	si	Der.	5 cms.	no	no	no
42	ITA	19	2 meses	si	Der.	6 cms.	no	no	no
43	VHR	21	1 año	si	Izq.	3 cms.	no	no	Hematoma
44	CCO	20	1 mes	si	Izq.	6 cms.	no	no	no
45	AVS	18	2 meses	si	Izq.	3 cms.	no	no	no
46	PTC	22	3 meses	si	Der.	5 cms.	no	no	no
47	LPN	17	2 años	si	Izq.	5 cms.	no	no	no
48	EGS	20	2 años	si	Der.	4 cms.	no	no	no
49	GLS	19	1 año	si	Der.	4 cms.	no	no	Infección herida.
50	FCL	20	D: 1 año	si	Bilateral	4 cms.	si	no	no
51	PCI	22	1 : 2 m 2 años	si	Izq.	5 cms. 8 cms.	no	si	no

VIII.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- Becker, KL.
Enlargement of the male breast; pseudogynecomastia, true gynecomastia or cancer? GP 36:114-7, Sep 67.
- 2.- Becker, KL et al.
Sequential histological study of the regression of gynecomastis in patient with alcoholic liver disease Amer J. Med Sci 254:685-91 Nov 67.
- 3.- Bowen, P, et al.
Hereditary male pseudohermafroditism with hypogonadism, hypospadias and gynecomastia; Refenstein's syndrom. Ann Inter Med 62:252-70 Feb. 65.
- 4.- Camiel, MR et al.
Gynecomastia associated with lung cancer. Dis Chest 52:445-50, Oct. 67.
- 5.- De Saxe, BM.
Reconstructive surgery of the breast S. Afr. Med J. 41:842-7, 9 Sep. 67.
- 6.- Freeman, RM et al.
Gynecomastis in renal failure. Brit Med. J. 1:381-2, 10 Feb. 68.
- 7.-Gynecomastia.
Brit Med. J. 5424:1548, 19 Dec. 64.
- 8.- Letterman G, et al.
The surgical correction of gynecomastia Amer Surg 35:322-5, May 69.
- 9.- Lowell DM, et al.
Carcinoma of the male breast following radiation. Cancer 22:585-6, Sept. 68.

- 10.- Mishaan Pinto C.
Ginecomastias, pseudoginecomastias y otras afecciones que pueden simularlas. Rev. Col. Med. Guat. 19 (2): 71-74, Junio 68.
- 11.- Paz Cojúlun, AA.
Mastectomía subareolar en ginecomastía por estrogenoterapia. Tesis. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas 1966. 27 p.
- 12.- Ponce Morales, HA.
La ginecomastía, su estudio y tratamiento. Tesis. Universidad de San Carlos de Guatemala, FFacultad de Ciencias Médicas 1964. 26 p.
- 13.- Rosewater, S. et al.
Familiar gynecomastia. Ann Intern Med. 63:377-85. Sep. 65.
- 14.- Salmerón de Diego, J.
Ginecomastias. Rev. Clin Esp. 111:119-32, Oct. 68.
- 15.- Schaposnik, F. et. al.
Gynecomastia and soleroderma Prensa Med Argent. 56:483-5 16 Mayo 69.
- 16.- Schaposnik, F.
Ginecomastia. El Día Médico. Buenos Aires. 5 enero 1970 pp. 1-10.
- 17.- Shader, RI, et al.
Galactorrhea and gynecomastia. Conn Med. 32:106-8, Feb. 68.
- 18.- Singer, EP.
Gynecomastia de pseudogynecomastia: their surgial technics. Prensa Med Soc. New Jersey 64:557-9 Oct. 67.
- 19.- Spandafora, A. et al.
Gynecomastia dn pseudogynecomastia: their surgial technics. Prensa Med. Argent. 53:2135, 23 Sept. 66.

- 20.- Wolf, H. et al.
Prevention of estrogen-induced gynecomastia by external irradiation. J. Urol 102:607-9, Nov. 69
- 21.- Wotiz, HH, et al.
The feminizing syndrome in male subjects with adrenocortical neoplasms. Amer J. Med. 37:455-72, Sep.64.

Vo.Bo.

Ruth R. de Amaya.

Dr. César A. Vargas
Decano

Dr. Carlos Bernhard
Secretario

Vo. Bo.

Dr. Julio de León
Director de la Fase

Dr. Raúl Cruz Molina
Revisor

Dr. Eduardo Galindo
Asesor

Dr. J. Enrique Martínez L.