

GINECOMASTIA Y SU TRATAMIENTO
QUIRURGICO ESTETICO

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

POR

MARA MINU SIKAHALL SALAMANCA

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

INTRODUCCION

Antes de Cristo, Tutankhamen y su antecesor Akhenaten, Faraones egipcios, se encuentran representados grotescamente con grandes mamas en varias pinturas de su época. Historiadores de la medicina han encontrado en otros miembros de la mencionada familia faraónica la misma deformidad, concluyendo que se trató de una ginecomastia heredo-familiar.

Tema interesante y conocido desde la antigüedad. Actualmente constituye queja principal de numerosos pacientes en quienes causa alteraciones psicológicas, que se acentúan cuando el paciente convive con personas de su mismo sexo, por el aspecto feminoide del tórax. Fenómeno que me ha motivado a realizar un estudio retrospectivo sobre la técnica quirúrgica estética que se efectúa en el Hospital General San Juan de Dios.

Esta técnica fue introducida a Guatemala por el Dr. - Guillermo Morán Novales en la primera sala de cirugía de hombres del Hospital General San Juan de Dios, donde el Dr. Morán es jefe de Servicio.

Se presentó el problema de que algunas papeletas no aparecieron en el archivo y otras no contaban con los datos necesarios para la investigación, como lo es la falta de secuencia operatoria, por lo que se escogieron las historias clínicas más completas, se procesaron los datos en porcentajes y frecuencias para presentar los resultados que analizados nos llevan a las conclusiones y así llenar el objetivo general que es el de despertar el interés de realizar tratamiento quirúrgico estético en estos pacientes como ayuda en su trauma psicológico, además de la corrección del defecto.

REVISION DE LITERATURA

Glándula Mamaria Masculina Normal:

a) Desarrollo Embriológico:

La embriogénesis y desarrollo de la mama del varón son semejantes a los de la mama de la mujer hasta la pubertad. Al segundo mes de la vida se observan en el embrión el indicio de las futuras glándulas mamarias, por diferenciación epitelial.

Hacia la sexta semana se ubican las líneas mamarias a lo largo de las paredes ventro-laterales del cuerpo. Los cortes histológicos muestran que se trata de una diferenciación ectodérmica. Durante el cuarto mes, los cordones celulares se extienden por el tejido conectivo circundante, más tarde, estos formarán la pared de los conductos principales y las células terminales serán los acinus secretorios de la glándula que en el hombre no llegan a tener función. El crecimiento de la glándula es lento y en la pubertad los cordones epiteliales primitivos crecen gradualmente pero en el hombre debido al desorden hormonal pasajero, hace que estas regresen a su tamaño normal.

b) Situación Anatómica:

Las glándulas mamarias normalmente son dos, una derecha y otra izquierda, situadas en la parte anterior y superior del tórax por delante de los músculos pectorales, por lo tanto la mama descansa sobre el tórax, es aplanada en el hombre y presenta en el centro de su convexidad una papila que

es el pezón. La areola o aureola, es una superficie circular situada en la parte más saliente de la mama, de dos centímetros de extensión, de coloración más oscura que el resto de la mama, en ella se observan salientes (tubérculos de Morgagni) que corresponden a las glándulas sebáceas que levantan el tegumento provistas cada una de un pelo de corta dimensión.

CONSTITUCION ANATOMICA: La glándula mamaria del adolescente se distingue por, la glándula mamaria propiamente dicha, su envoltura cutánea, su envoltura celulo-adiposa. Las glándulas mamarias son glándulas tubulo-acinosas, formadas por acinos secretorios, conductos excretorios y tejido conjuntivo intersticial que les sirve de sostén, la envoltura celulo-adiposa, se divide en hoja anterior y posterior, envolviendo así la glándula.

VASOS Y NERVIOS: Irrigada por la arteria mamaria interna algunas ramas de las torácicas y de las intercostales. Las ramas arteriales caminan ya sea en la glándula propiamente dicha o por los tabiques interlobulares hasta abordar los lóbulos glandulares. Las venas se originan en la misma forma, constituyendo la red de Haller (en la areola), los ramos inferiores se anastomosan a la red abdominal superior y los superiores a la red superficial del cuello, las ramas venosas acompañan a la arteria correspondiente y desembocan en las venas satélite de las arterias de origen. Los linfáticos tienen su origen en las redes cutáneas, glandulares y en los conductos galactóforos. Su inervación procede de los cinco nervios intercostales correspondientes, del nervio supraclavicular y del plexo nervioso cervical superficial.

c) Histología:

En una glándula mamaria adolescente hay un lobulillo

completo y en él se notan: tejido conectivo laxo intralobulillar y los tubos secretores y excretores que lo componen. Un tejido conectivo denso, rico en vasos sanguíneos y en células adiposas, separa los numerosos lobulillos que componen la glándula.

d) Fisiología:

Las glándulas mamarias en diversas especies animales pueden ser estimuladas por hormonas esteroideas, así por ejemplo los estrógenos que permanecen en niveles séricos inconstantes en diversas épocas de la vida, promueven el desarrollo del mamelón y de los conductos galactóforos y que el progestero_l estimula el desarrollo de los acinos secretores.

GINECOMASTIA:

Se le llama así a la hipertrofia y/o hiperplasia de la glándula mamaria masculina, que se manifiesta clínicamente como una placa discoide firme, que puede ser uni o bilateral, situada por debajo del pezón y la areola, excepcionalmente llega a tamaños mayores y adquiere las proporciones de las de una mujer adulta normal. En dos períodos de la vida normal del hombre existe crecimiento de la mama pudiéndose observar al nacimiento y en la pubertad. Al nacimiento la causa de la ginecomastia se debe a los estrógenos maternos que traspasan la barrera placentaria y llegan al feto. La causa en la pubertad es desconocida.

Pseudoginecomastia: Según el Dr. F. Castro (patólogo del Hospital General San Juan de Dios) esta entidad no existe, pues hay que ser estricto en término de ginecomastia,

"o hay o no hay". Bajo la pseudoginecomastia, se ha descrito el acúmulo adiposo en la región mamaria llamada también adipomastia o lipomastia, observados frecuentemente en la obesidad, en la enfermedad de Frolich y en algunos eunucos. Se hace el diagnóstico por palpación ya que en la ginecomastia se percibe el tejido glandular consistente de superficie granulosa y en la lipomastia el tejido es blando. Además de la transluminación hay un área opaca en la ginecomastia, no así en la adipomastia.

Hay un signo en la exploración clínica de las mamas que podemos dar como seguro y por considerarlo nuevo, lo relatamos en detalle: estando el enfermo de pie o sentado frente al médico, se coloca el antebrazo del lado a explorar sobre la cabeza del paciente lo cual hace que el músculo pectoral se aplique a la parrilla costal, y si hay ginecomastia ésta se hace aparente y se confirma fácilmente palpándola. Si el signo es negativo al aplicarse el pectoral sobre la parrilla costal, la aparente ginecomastia desaparece.

Algunas veces en la ginecomastia hay secreción mucinosa espontánea, o bien esta se hace aparente a la expresión, mientras que en la pseudoginecomastia este signo no existe.

Hipertrofia normal del crecimiento de las glándulas mamarias en el hombre. Entre los siete y los dieciocho años, esta hipertrofia retrocede y desaparece entre uno y dos meses de evolución, razón por la que en los pacientes comprendidos en esta edad, que se quejan de hipertrofia mamaria uni o bilateral no deben ser operados inmediatamente sino hasta que habiendo pasado dos o tres meses de la aparición del fenómeno si no ha desaparecido espontáneamente. Se ha comprobado que los casos comprendidos más o menos en estas edades sufren una regresión espontánea total. La ginecomastia también de

be diferenciarse de la apariencia que toma la glándula mamaria en las siguientes entidades:

a) inflamaciones agudas:

mastitis agudas, abscesos, flegmones.

b) inflamaciones crónicas:

mastitis crónica, micosis, tuberculosis costal, sífilis, osteomielitis.

c) tumores benignos quísticos:

serosos, de retención, adenoma, linfagioma, galactocele, quiste papilardermoide, sebáceo, hidatídico y hemático.

Sólidos: lipomas, fibromas, fibroadenomas, fibropapilomas y angiomas... Entre los malignos: condroma, epiteloma (basocelular, espinocelular, melanoma), carcinoma (ductal y papilar), adeno-carcinoma-sarcoma (fibrosarcoma, adenosarcoma, linfosarcoma, liposarcoma).

Semiológicamente (29) la ginecomastia se puede dividir en cuatro grados así:

1. Pequeña masa discoide firme y sensible, cuyos límites no alcanzan el borde areolar, teniendo un tamaño aproximado menor de 1.5 centímetros.

2. La masa glandular alcanza el borde de la areola, teniendo un diámetro aproximado de 1.5 centímetros.

3. El tejido mamario se extiende 0.5 centímetros por fuera de la areola.

4. El tamaño de la glándula es mucho mayor y tiene aspecto feminoide.

Metodología y tratamientos:

La técnica usada es la que no deja cicatriz visible, suprimiendo la deformidad operatoria. 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, interrumpir el medicamento que lo está 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% en un 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 publicó el caso de pacientes tratados en la pubertad con radiación y que desarrollaron alrededor de los 35 años carcinoma ductal infiltrante primario de la mama.

Las indicaciones para el tratamiento quirúrgico son: psicológica, sospecha de malignidad, que no haya regresión después del tiempo prudencial esperado para ello y por razones 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 subareolar que es la utilizada en la primera sala de cirugía de hombres del Hospital General San Juan de Dios, haciéndose semicircular en el límite de la papila y la aureola en la parte más inferior, interesando piel y tejido celular subcutáneo, liberando la masa glandular de la piel de la areola, haciendo tracción del colgajo superior con puntos de hilo, para no contusionar los bordes de la herida. Al tener completamente separada la glándula de la piel y hecha una hemostasis conveniente de los vasos sangrantes, se procede a encontrar el plano de clivaje entre la masa glandular y la fascia pectoral, con dedo, teniendo especial cuidado de no lesionarla, en esta forma se completa la extirpación de la glándula, si la glándula es muy grande, como nos ha sucedido en muchos casos y ya aislada completamente de sus planos superficiales y profundos, se secciona en fragmentos contiguos haciendo dos, tres o cuatro, o lo que sea necesario para la extracción sin lesionar los labios de la herida operatoria, consideramos que lo importante es quitar toda la glándula y no sacarla entera. Se procede entonces a fijar la pared posterior del pezón a la fascia pectoral, cuidando así que quede simétrica con relación al lado opuesto, y luego suturar los bordes de la herida con puntos separados de seda fina, tratando que queden bien afrontados y sin mayor tensión para evitar la necrosis de los mismos, si el lecho de la mama no sangra después de la revisión minuciosa que se ha hecho, no se deja Pen Rose, ni ningún drenaje, en cambio cuando la hemostasis es dudosa o no es satisfactoria se deja un Pen-Rose de drenaje a la axila correspondiente el cual permanecerá el tiempo que fuere necesario, para que no

se acumule líquido serosanguinolento y dificulte la cicatrización. Luego se coloca un vendaje comprensivo y se da por terminada la intervención.

Con respecto a la técnica Pablo Aegineta hace más de 1300 años intentó corregir la ginecomastia removiendo el exceso de tejido, mediante una incisión semilunar submamaria, técnica que fue reformada por Webster y publicada en 1943 de donde se originaron las técnicas actualmente utilizadas.

- a) Estudio retrospectivo de pacientes con herida de cuello en el lapso de 1975 - 1980.
- b) Estudiar la proporción de exfoliación quirúrgica en las heridas de cuello en dicho hospital, así como grado de incidencia según sexo, grupo étnico y por año, y formular las medidas preventivas necesarias en la exfoliación del cuello del paciente en este hospital.
- c) Determinar la técnica quirúrgica más utilizada en la exfoliación de cuello.
- d) Determinar las lesiones vasculo-nerviosas y de otros estructuras más frecuentes.

MATERIAL Y TECNICA

Método empleado para esta investigación: **INDUCTIVO-DEDUCTIVO.**

A. INSPECCION:

Se observó la técnica quirúrgica en sala de operaciones, complicaciones y ventajas. Revisión de experiencias de otros autores.

B. PLANTEO:

Se elaboró un protocolo de investigación en donde se formulaban los aspectos relevantes encontrados en la inspección. Se propuso el objetivo general.

C. RECOPILACION DE DATOS ESPECIFICOS:

Historia clínica de los ingresos a la primera sala de cirugía de hombres del Hospital General San Juan de Dios, del primero de octubre de 1977 al 31 de mayo de 1981, tomando en cuenta: registros médicos, edad, tiempo de evolución, estado civil, origen, residencia actual, síntomas, motivo de consulta, historia de la enfermedad, examen físico de la emergencia o de la consulta externa y la secuencia operatoria.

- Revisión manual de la papelería para obtener los datos necesarios.

D. Los datos obtenidos fueron tabulados para un análisis estadístico en porcentajes y frecuencias, lo cual concluye en pruebas de significancia estadística.

E. Elaboración del informe final.

PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1: EDAD

Grupos de Edad	Número de Casos	Porcentaje
11 a 15 años de edad.	3	12.5 %
16 a 20 " " "	11	45.83
21 a 25 " " "	7	29.17
26 a 30 " " "	1	4.17
31 a 35 " " "	1	4.17
35 y más " " "	1	4.16
TOTALES	24	100.00%

CUADRO No. 2: ESTADO CIVIL

Soltero	20	83.33
Casado	4	16.67
TOTALES	24	100.00%

CUADRO No. 3: ORIGINARIO

Capital	15	62.5
Rural	9	37.5
TOTALES	24	100.00%

CUADRO No. 4: RESIDENCIA ACTUAL

	Número de Casos	Porcentaje
Capital	21	87.5
Rural	3	12.5
TOTALES	24	100.00%

CUADRO No. 5: MOTIVO DE CONSULTA

Dolor	1	4.17
Crecimiento anormal	20	83.33 *
Crecimiento anormal y dolor	2	8.33 *
Otro **	1	4.17 *
TOTALES	24	100.00% 95.83%

CUADRO No. 6: TIEMPO DE EVOLUCION

Menores de 1 año	8	33.33
1 año a 2 años	12	50
3 " a 4 "	3	12.5
5 " a 6 "	1	4.17
TOTALES	24	100.00%

CUADRO No. 7: ANESTESIA

	Número de Casos	Porcentaje
Local	7	29.17%
General	15	62.5
No documentado	2	8.33
TOTALES	24	100.00%

CUADRO No. 8: POST-OPERATORIO

Normal	21	87.5
Complicado	3	12.5
TOTALES	24	100.00%

CUADRO No. 9: GINECOMASTIA

Bilateral	3	12.5
Unilateral	21	87.5
TOTALES	24	100.00%

ANALISIS DE RESULTADOS

Se encontraron 27 casos del período del primero de octubre de 1977 al 31 de mayo de 1981, intervenidos quirúrgicamente, ingresados en la primera sala de cirugía de hombres del Hospital General San Juan de Dios.

De los registros médicos, en el archivo no aparecieron tres de ellos; siete se encontraban sin secuencia operatoria, razón por la cual solamente se trabajaron 24 casos, ya que con tres de ellos era prácticamente imposible trabajar, el resto se incluye por encontrarse la historia y tener conocimiento que la técnica mencionada es la utilizada en dicho servicio.

CUADRO No. 1: EDAD

La mayor incidencia es en la edad de 17 años, siendo el menor de 14 y el mayor de 69 años. La edad promedio es de 21.63 años.

CUADRO No. 2: ESTADO CIVIL:

Encontramos que la mayoría de los pacientes su estado civil es soltero, lo que nos plantea la interrogante de, si la ginecomastia los aleja del matrimonio.

CUADRO No. 3 y No. 4: ORIGINARIO Y RESIDENCIA ACTUAL

El origen de los pacientes en su mayoría son de la cap

tal, llamándonos más aún la atención que el 87.5% residía en la capital en el momento de la consulta. Pensamos que en el área urbana se modifica la psicología del paciente.

CUADRO No. 5: MOTIVO DE CONSULTA

La mayoría de los pacientes consultó por el agrandamiento de mamas de características feminoides (20 casos) un 83.33%; dos casos por crecimiento de mamas acompañado de dolor 8.33%.

Uno de ellos fue referido por especialista (psiquiatra) - ya que el paciente se encontraba sufriendo alteraciones psicológicas serias no especificando síntomas. (**)

Sumando el 95.83% (*) el total de casos que consultaron por crecimiento de mamas con características feminoides (23 casos) nos demostró hasta qué punto una deformidad física nos lleva a una deformidad psíquica.

Un caso solamente reportado que consultó por dolor (4.17%).

De los 24 casos en estudio, el 83.33% presentaron dolor en algún momento de la enfermedad.

Si tomamos como base la exploración clínica y el signo descrito en la literatura, el tratamiento quirúrgico estético ayuda a esta clase de pacientes resolviendo en su mayoría los problemas psicológicos ya que desaparece la causa desencadenante, es decir, el crecimiento de mamas con características feminoides.

CUADRO No. 6: TIEMPO DE EVOLUCION

Por el tiempo pudimos observar que la enfermedad evolucionó en el 50% de los casos en el período de uno a dos años del total de 24 casos.

CUADRO No. 7: ANESTESIA

Al 62.5% de los casos se les dio anestesia general, pero esta técnica es realizable incluso con anestesia local sin ninguna complicación.

CUADRO No. 8: POST-OPERATORIO

La complicación fue infección de herida operatoria (3 casos) utilizando penicilina como tratamiento de elección.

Uno de estos casos fue descuido personal del paciente, ya que refiere: el día de egreso se dedicó a componer su moto, llenándose de grasa y suciedad, lo que dio el medio propicio para que se estableciera la infección.

CUADRO No. 9: GINECOMASTIA

El mayor porcentaje (87.5%) es ginecomastia unilateral siendo el 45.83% correspondiente a ginecomastia unilateral derecha y el 41.67% a ginecomastia unilateral izquierda; de los tres casos reportados como bilateral; el primero se le efectuó mastectomía bilateral y a los restantes solamente mastectomía unilateral por no creerse necesario resolución quirúrgica bilateral ya que era un crecimiento leve.

CONCLUSIONES

1. De las fichas clínicas no se obtienen mayores datos.
2. El crecimiento mamario es progresivo y su etiología es variada.
3. Una deformidad física nos lleva a una deformidad psíquica.
4. Su incidencia es en el grupo etáreo de los 16 a 20 años.
5. En el 95.83% de los casos, el motivo de consulta fue crecimiento anormal mamario.
6. El dolor por lo regular acompaña el cuadro clínico de la enfermedad.
7. En el 50% de los casos, el tiempo de evolución osciló entre uno a los dos años.
8. Se puede utilizar indistintamente anestesia local y general.
9. El porcentaje de infección es mínimo con esta técnica.
10. El 87.5% es ginecomastia unilateral
11. Esta técnica es la mejor ya que además de corregir el defecto no deja una cicatriz visible.
12. Es el procedimiento adecuado para la solución del problema psicológico del paciente.

RECOMENDACIONES

1. Divulgar la presente técnica quirúrgica estética, para despertar en sucesores el deseo de la investigación y la práctica de dicha técnica que creemos fácil y de buenos resultados.
2. Mejorar el plan educacional para el paciente a fin de evitar infecciones.
3. Procurar que las fichas clínicas que nosotros elaboremos estén completas para mejor conocimiento de los casos durante el tiempo de hospitalización y luego de ella.

RESUMEN

Antes de Cristo, Tutankhamen y Akhenaten, Faraones egipcios, se encuentran representados grotescamente con grandes mamas en varias pinturas de su época. Actualmente constituye queja principal de numerosos pacientes en quienes causa alteraciones psicológicas y que se acentúan cuando el paciente convive con personas de su mismo sexo por el aspecto femenino del tórax.

La técnica quirúrgica estética introducida por el Dr. Guillermo Morán Novales a Guatemala, ayuda a dichos pacientes en su trauma psicológico además de la corrección del defecto.

Glándula mamaria masculina normal: semejante a la mama de mujer hasta la pubertad; normalmente son dos, derecha e izquierda, situada en la parte anterior y superior del tórax, por delante de los músculos pectorales, irrigada por la arteria mamaria interna, algunas ramas de las torácicas e intercostales.

Ginecomastia: llamada así a la hipertrofia y/o hiperplasia de la glándula mamaria masculina. Se manifiesta clínicamente como placa discoide firme, uni o bilateral, debajo del pezón y areola; signo de exploración clínica: paciente de pie o sentado frente al médico, se coloca el antebrazo del lado a explorar sobre la cabeza del paciente lo cual hace que el músculo pectoral se aplique a la parrilla costal y si hay ginecomastia ésta se hace aparente y se confirma fácilmente palpándola.

Debe diferenciarse de la apariencia que toma la glándula

la mamaria en las siguientes entidades: mastitis, abscesos, flegmones, micosis, tuberculosis costal, sífilis, osteomielitis, tumores serosos, adenoma linfangioma, galactocoele, quiste papilar dermoide, sebáceo, hidatídico y hemático; malignos: condroma, epiteloma, Ca. ductal y papilar, adenocarcinoma-sarcoma.

Tratamiento: no deja cicatriz visible, suprimiendo la deformidad operatoria. En la adolescencia y la senectud, el tratamiento se hace innecesario, pues involuciona espontáneamente.

Sus indicaciones para tratamiento quirúrgico son: psicológica, sospecha de malignidad, que no haya regresión después del tiempo prudencial esperado para ello y por razones estéticas.

En nuestro estudio encontramos 27 casos del período del primero de octubre 1977 al 31 de mayo de 1981, pero por imposibilidad de trabajo con tres papeletas se procedió solamente con 24 casos. Encontramos que la edad menor fue de 14 años y la mayor de 69 años con un promedio de 21.63 años siendo la mayoría solteros, procedentes de la capital el 87.5%.

Su motivo de consulta fue agrandamiento de mamas, sumando el total de 95.83%. De donde concluimos que una deformidad física nos lleva a una deformidad psíquica.

Si bien es cierto que de estos casos, en estudio, solo un caso fue reportado que consultó por dolor; el 83.33% presentó dolor en un momento dado de la enfermedad.

En la mitad de los casos la evolución de la enfermedad

fue de uno a dos años.

Se puede dar cualquier tipo de anestesia que no existe ninguna complicación, como lo vemos en el post- operatorio, que únicamente tres casos presentaron infección de herida operatoria.

De los casos de ginecomastia el 87.5% fue unilateral y el 12.5% bilateral.

Demostrando así, las mínimas complicaciones y las grandes ventajas del tratamiento quirúrgico estético de la ginecomastia con esta técnica (Webster modificada), ya que además de corregir el defecto no deja una cicatriz visible omitiendo la causa desencadenante del problema psicológico.

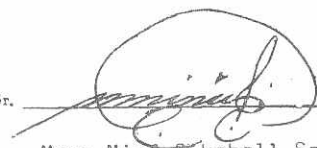
BIBLIOGRAFIA

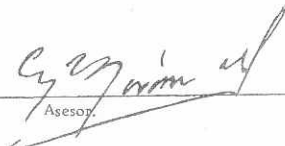
1. Arce, Jose ATLAS DE OPERACIONES QUIRURGICAS México Editorial Hispanoamericana.
2. August, G.P. PREPUBERTAL GYNECOMASTIA Journal Pediatrics 80: 259-63 February 72
3. Bannayan, G.A. GYNECOMASTIA Clinicopathologic study of 351 cases American Journal Clinicopathologic 57:431-7 April 72
4. Barillas Noriega, Alfredo Enrique FIBROADENOMAS DE LA MAMA Tesis USAC FAC CC MM Agosto 1968 Guatemala
5. Beeson P., Mc Dermott W. TRATADO DE MEDICINA INTERNA Tercera Edición México Editorial Interamericana 1971 pp 882
6. Caballeros Archila, Irma Lilia TUMEFACCIONES DE LA GLANDULA MAMARIA (Análisis de 80 casos en una clínica de cirugía general) Tesis USAC FAC CC MM Junio 1968 Guatemala
7. Cordiano, C. GYNECOMASTIA STATISTICAL AND CLINICAL FINDINGS ON 203 OBSERVATIONS In. Sur. 55: 131-6 February 71
8. Christman, F. TECNICA QUIRURGICA Décima Edición México Editorial El Ateneo 1970 518.

9. Danilewicz, M. GYNECOMASTIA
Wiad Lek 29(18) pp 1681-6 September 15/76
10. Di-Fiore M, "et al" NUEVO ATLAS DE BIOLOGIA
HISTOLOGICA Primera Edición México Editorial El
Ateneo 1971 pp 280
11. González Campo Jiménez, Carlos MAMOGRAFIA, SU
IMPRESION CLINICA EN EL DIAGNOSTICO DE LAS -
LESIONES NEOPLASICAS DE LAS GLANDULAS MAMA
RIAS Tesis USAC FAC CC MM Noviembre 1964 -
Guatemala
12. Greeblatt, D.J. GYNECOMASTIA AND IMPOTENCE
JAMA 223: 82, 1 January 73
13. Harkins, H. PRINCIPIOS Y PRACTICA DE CIRUGIA
Cuarta Edición México Editorial Interamericana 1970
pp 608
14. Houssay B.A. FISILOGIA HUMANA
Cuarta Edición-México Editorial El Ateneo 1973 pp 857
15. Lipinski, J. SURGICAL TREATMENT OF GYNECOMAS
TIA (Using Webster's Method) Pol Przegl Chir 48 (12)
1487-90 December 76
16. Marshall, K.A. SURGICAL CORRECTION OF NIPPLE
HIPERTROPHY IN MALE GYNECOMASTIA: CASE RE-
PORT Plast Reconstructive Surgery 60(2): 277-9 August
77
17. Martínez Leonardo, J.E. GINECOMASTIA: Revisión de
51 casos en el Hospital Militar Tesis USAC FAC CC
MM 1970 pp 29

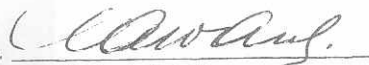
18. Montenegro Barrientos, Raúl CARCINOMA DE LA MA-
MA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT Tesis USAC FAC
CC MM Marzo 1971 Guatemala
19. Nicolis, G. THE HISTOPATHOLOGY OF GYNECO-
MASTIA American Journal Clinic Pathologic 59: 124-5
January 73
20. Patten, B. EMBRIOLOGIA HUMANA
Quinta Edición México Editorial El Ateneo 1969 p
213-18
21. Paz Cojulún, Angel Alberto MASTECTOMIA SUB-AREO-
LAR EN GINECOMASTIA POR ESTREGENOTERAPIA Te-
sis USAC FAC CC MM Enero 1966
22. Ponce Morales, H.A. LA GINECOMASTIA, SU ESTU-
DIO Y TRATAMIENTO Tesis USAC FAC CC MM
1964 Guatemala
23. Quiroz, Fernando TRATADO DE ANATOMIA HUMANA
Séptima Edición México Editorial Porrúa S.A. 1971
pp 338-41
24. Robbins, Stanley PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUN-
CIONAL Tercera Edición México Editorial Interame-
ricana 1968 pp 1084
25. Sbar, S. UNILATERAL GYNECOMASTIA
New England, Journal Medicine 286: 1367:8-22 June
72
26. Schwatz, Spencer "et al" YEAR BOOK OF SURGERY
Chicago-London 1977 pp 204-8

27. Simon, B.E. CLASSIFICATION AND SURGICAL CORRECTION OF GYNECOMASTIA Plastic Reconstructive Surgery 51:48-52 January 73
28. Soto Vásquez, Carlos Francisco GINECOMASTIA EN SOLDADOS Tesis USAC FAC CC MM Guatemala, abril 1976
29. Suros, J. SEMIOLOGIA MEDICA Y TECNICA EXPLORATORIA Quinta Edición Barcelona, España Salvat Editores, S. A. 1972 pp 635
30. Swales, J. D. TUTANKHAMUN'S BREASTS Lancet 1: 201-27 January 73
31. Turkington, R.W. SERUM PROLACTIN LEVELS IN PATIENTS WITH GYNECOMASTIA Journal Clinic Endocrinology Metabolics 34: 62-6 Jan 72
32. Wieland, R.G. PITUITARY GONADAL PUNCTION IN PUBERTAL GYNECOMASTIA Journal Pediatrics 79: 1002-4 December 71
33. Zollinger, Elliot "et al" ATLAS OF SURGICAL OPERATIONS RADICAL MASTECTOMY New York, USA The McMillan Company pp 27-33

Br. 
Mara Minu Sikahell Salamanca

Dr. 
Asesor.
Guillermo Morán Novales

Dr. 
Revisor.
María Antonieta Fion de Arrascaeta

Dr. 
Director de Fase III
Carlos Waldheim Córdón

Dr. 
Secretario
Jaime Gómez Ortega

Dr. 
Decano. en Funciones
Carlos Waldheim Córdón