Tratamiento integral estético del tórax masculino

Comprehensive aesthetic treatment of the male chest

Dr. Ricardo Babaitis

RESUMEN

Se analizan las técnicas quirúrgicas para mejorar el aspecto integral del tórax masculino con el fin de crear un contorno corporal más estético y armonioso. Se presentan casos clínicos y sus complicaciones, así como recomendaciones para mejorar los resultados.

Palabras clave: cirugía de contorno corporal, ginecomastia, tórax masculino, cirugía plástica.

ABSTRACT

This article analyzes surgical techniques for improving the overall appearance of the male chest in order to create a more aesthetic and harmonious body contour. Clinical cases and their complications are presented, along with recommendations for improving outcomes.

Key words: body contouring surgery, gynecomastia, male chest, plastic surgery.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(3):120-123. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202603/0120-0123

INTRODUCCIÓN

En cirugías de contorno corporal masculino, ya sea lipoaspiración o dermolipectomías, es muy común ver que la zona del tórax masculino es poco tratada quedando un resultado asimétrico en relación con el abdomen. Por lo tanto, en este artículo se analizan las técnicas quirúrgicas para mejorar el aspecto integral de esta región, creando un contorno más estético y armonioso.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó el tratamiento integral del tórax masculino en 17 pacientes de entre 22 y 72 años (promedio de 58 años) a quienes se les realizaron cirugías de contorno corporal asociadas a la mejoría de la región pectoral.
Es de destacar que el porcentaje de pacientes que solo quieren tratar esta región es muy bajo, ya que la mayoría acude principalmente para mejorar la región abdominal (dermolipectomía y/o lipoaspiración).

DIAGNÓSTICO Y PLANEAMIENTO

La ecografía es fundamental para diferenciar la pseudoginecomastia de la ginecomastia verdadera, permitiendo una planificación quirúrgica detallada según la clasificación de severidad establecida por Hammond[2].
Si hay buena calidad de piel (pacientes menores de 45 años, sin pérdida masiva de peso) sin descenso del complejo areola-pezón (CAP), la indicación es solamente la lipoaspiración (**Figura 1**).
Si existe ginecomastia se recomienda realizar primero la lipoaspiración para tener una disección previa de la glándula mamaria, idealmente usar ultrasonido (VASER) para liberar la glándula del plano profundo y luego resecar la ginecomastia con la técnica que el cirujano elija[3]. Es recomendable dejar 1 cm de tejido retroareolar para evitar el hundimiento del CAP (**Figura 2**).

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA

La flacidez de la piel de la zona pectoral puede ser de tres tipos:

- Flacidez en la zona infraaxilar (lateral tórax), la que se evidencia como un pliegue a pocos centímetros del CAP hacia caudal.
- Flacidez en la zona pectoral propiamente dicha, que siempre va a estar acompañada de un pliegue infrapectoral y el descenso importante del CAP.
- La combinación de las anteriores.

La técnica va a depender del tipo y grado de flacidez, así como de la elasticidad cutánea[4].

- Cuando la flacidez es solamente infraaxilar, sin descenso del CAP, se realiza una incisión en el pliegue axilar en forma de medialuna y se reseca la piel excedente (**Figura 3**).
- Cuando la flacidez es de la zona pectoral con descenso del CAP, se realiza una incisión tomando como referencia el borde inferolateral del músculo pectoral, desde el inicio del pliegue en zona media (porción abdominal de inserción del músculo pectoral) hasta el pliegue axilar. Es muy importante la palpación del músculo pectoral para la

1. Cirujano plástico. Miembro Titular SACPER y SCPBA.

✉ **Correspondencia:** Dr. Ricardo Babaitis. rbabaitis@gmail.com

El autor no declara conflictos de intereses
Recibido: 30/03/2026. Aceptado: 18/08/2026

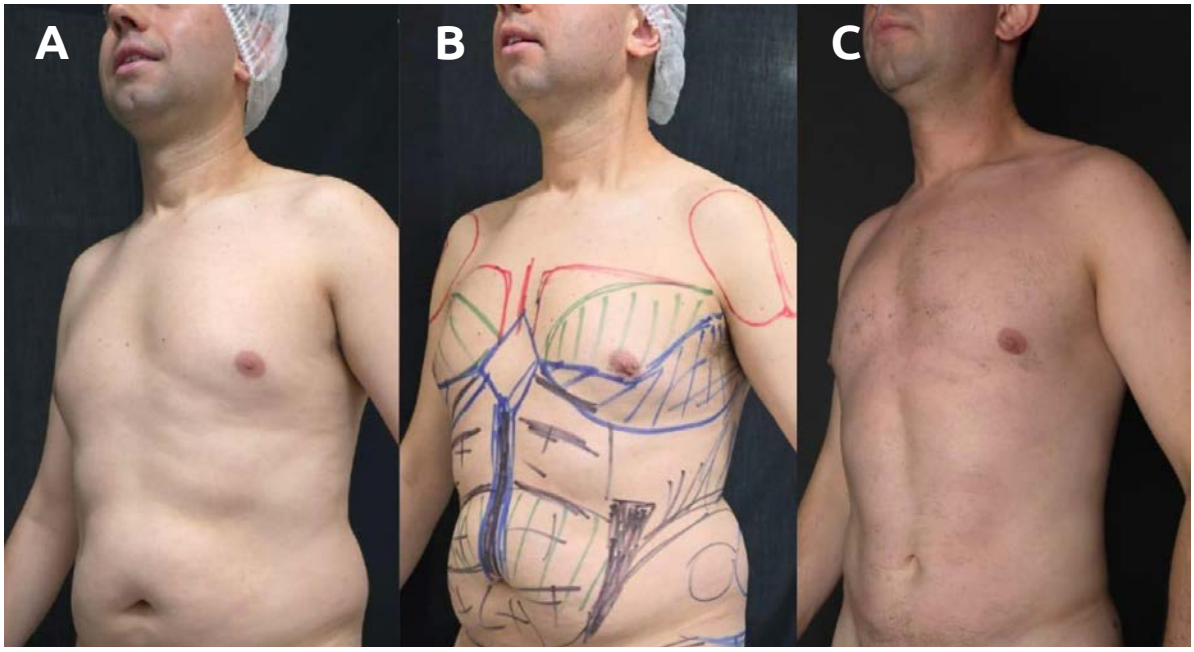

Figura 1. A) Paciente previo a la marcación. B) Paciente con la marcación de las zonas a intervenir (en azul: áreas de lipoaspiración agresiva; en verde: áreas de lipoaspiración suave; y en rojo: áreas de lipotransferencia en el músculo pectoral mayor). C) Postoperatorio a los 6 meses.

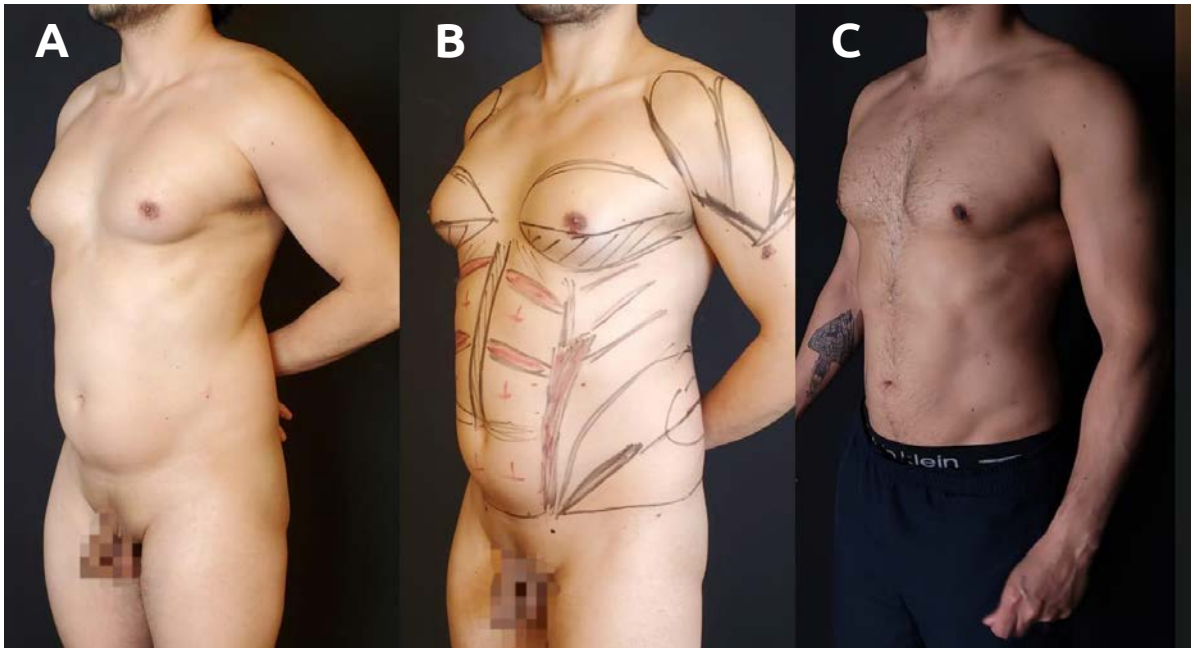

Figura 2. A) Paciente previo a la marcación. B) Paciente con la marcación de las zonas a intervenir. C) Postoperatorio a los 12 meses.

marcación correcta de la resección de piel y también para evaluar la flacidez. La transposición del CAP puede ser conservando el pedículo o directamente un injerto libre del CAP (**Figura 4**).

- Cuando la flacidez de la zona pectoral está acompañada del descenso del CAP y también hay flacidez infraaxilar, se realiza una incisión tomando como referencia el borde inferolateral del músculo pectoral, desde el inicio del pliegue en zona media (porción abdominal de inserción del músculo pectoral) hasta la zona axilar terminando "en cola de pescado", más la transposición del CAP; la transposición puede ser conservando el pedículo o directamente injerto libre del CAP (**Figura 5**).

COMPLICACIONES

Se ha descripto que el 30 % de los procedimientos desarrollaron alguna complicación. Las complicaciones señaladas fueron seromas, dehiscencias, necrosis, hematomas, alteraciones de la cicatrización y pérdida de la sensibilidad[5].

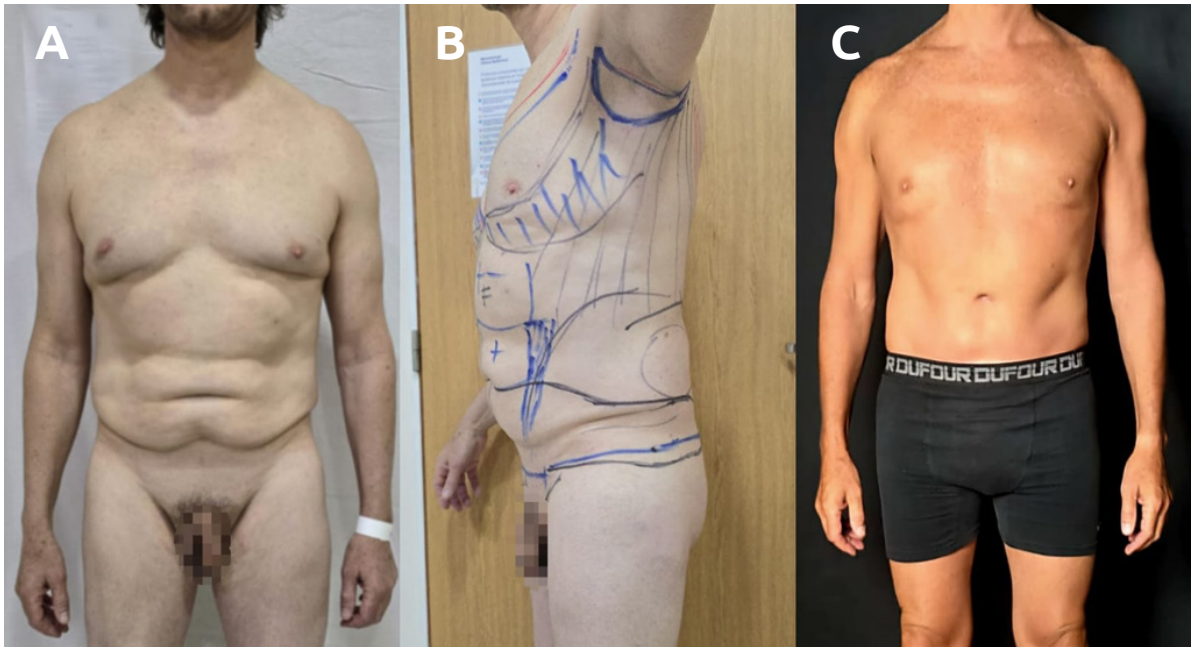

Figura 3. A) Paciente previa marcación. B) Paciente con la marcación de las zonas a intervenir. C) Postoperatorio a los 9 meses.

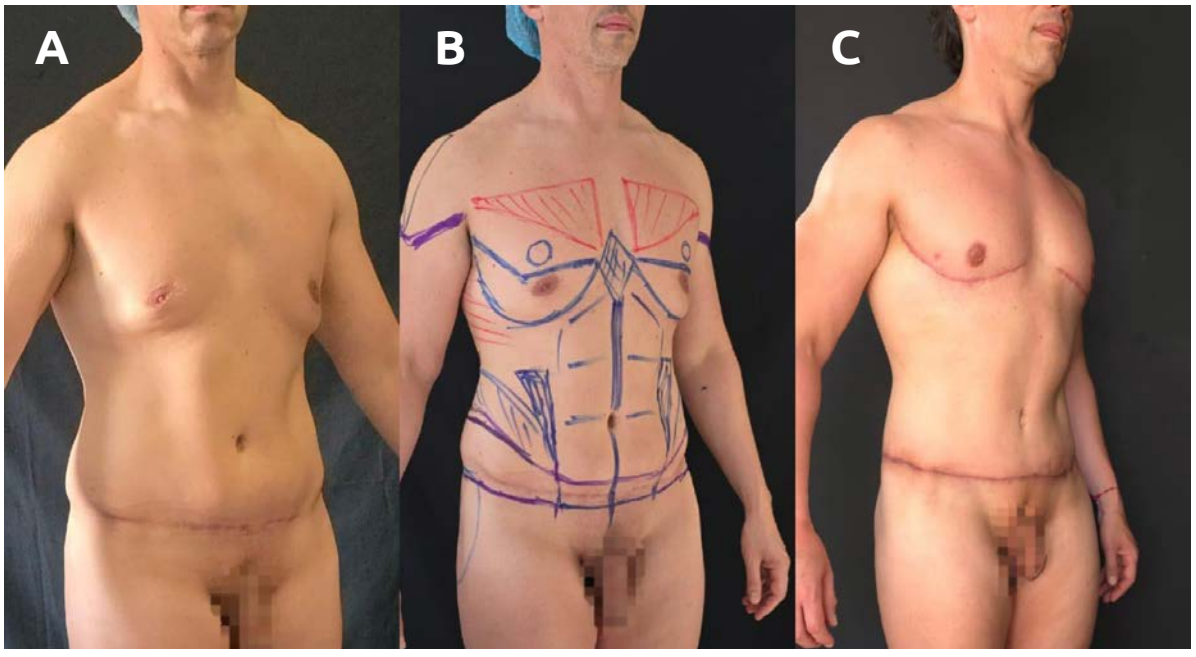

Figura 4. A) Paciente previo a la marcación. B) Paciente con la marcación de las zonas a trabajar. C) Postoperatorio al mes.

Sin embargo, la mayoría de las complicaciones suelen ser menores y sin efectos a largo plazo[5]. La más común es la dehiscencia de la herida que se trata solo con cremas cicatrizantes, ya que si se vuelve a suturar, recidiva rápidamente. La zona más frecuente de dehiscencia es la parte de la cicatriz que queda en la región axilar. Todos estos riesgos son informados a los pacientes antes de someterse al procedimiento.

DISCUSIÓN

Los errores más comunes en el tratamiento de la región pectoral masculina, según la bibliografía consultada, son:

- Los cirujanos, la mayoría de las veces, se ocupan de la resección de la ginecomastia sin asociar una lipoaspiración para mejorar toda la zona pectoral.
- La realización de lipoaspiración sin resección de ginecomastia.
- La falta de resección de piel cuando hay flacidez. La flacidez tiene dos orígenes: la pérdida masiva de peso (por adelgazamiento) y/o la edad avanzada (por laxitud de los tejidos).

Por lo general, los pacientes acceden a la realización de la resección de la ginecomastia y lipoaspiración de la zona pectoral. Muchas veces, esta combinación deja resultados insa-

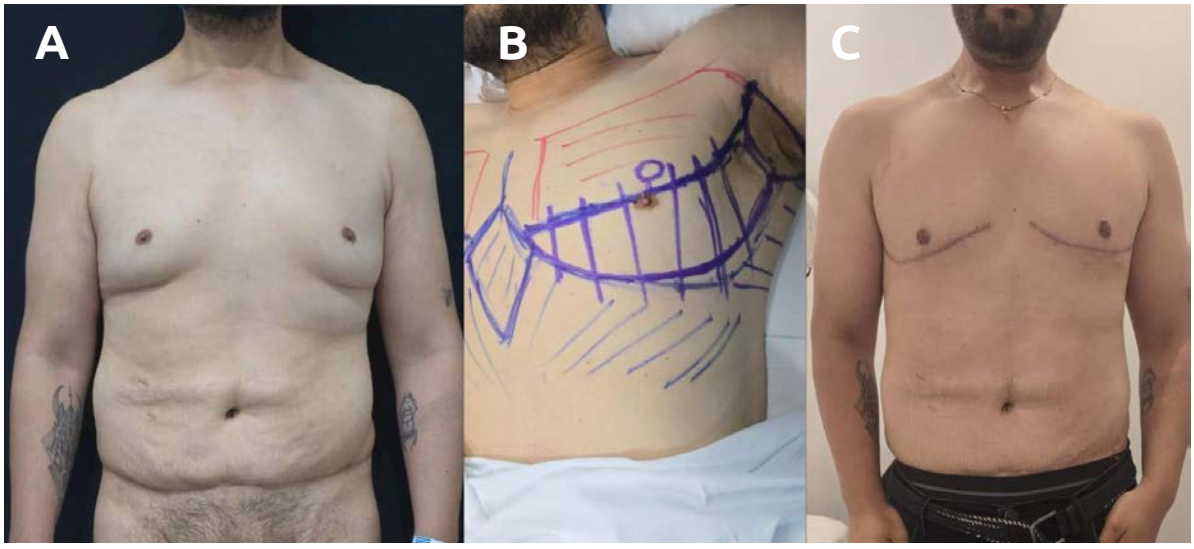

Figura 5. A) Paciente previo a la marcación. B) Paciente con la marcación de las zonas a trabajar. C) Postoperatorio a los 2 meses.

tisfactorios. Cuando hay flacidez asociada se acentúa aún más el descenso del complejo areola pezón (CAP) y la aparición de un surco infraaxilar, que si estaba se intensifica y si no estaba se genera. Por esta razón, es importante identificar la presencia de flacidez para poder tratarla.

La presencia de flacidez nos da la oportunidad de realizar resección de piel, que puede ser de dos tipos: con cicatriz visible y sin cicatriz visible, según el área de la flacidez.

Cuando la indicación es con cicatriz visible, hay una resistencia muy grande de parte del paciente ya que a diferencia de la abdominoplastia esta cicatriz queda visible. Aunque las cicatrices visibles generan reticencia, en pacientes con pérdida masiva de peso, son el único camino para eliminar el excedente cutáneo y reposicionar el complejo areola-pezón de forma estética[1].

La ventaja del tratamiento con cicatriz visible es que no solo mejora la región torácica, sino que también la región abdominal superior, al estilo de una dermolipectomía reversa.

CONCLUSIONES

El tratamiento del contorno corporal masculino es incompleto si no se aborda la región pectoral. Los resultados de este estudio demuestran que la combinación de técnicas quirúrgicas, desde la lipoaspiración y la resección glandular hasta la dermolipectomía pectoral con transposición del CAP, permite corregir de forma confiable tanto el excedente como la laxitud cutánea. Aunque la presencia de cicatrices visibles sigue siendo el principal desafío en la aceptación del paciente, la mejora funcional del torso superior y la armonización del contorno global justifican su indicación en casos de flacidez severa o pérdida masiva de peso.

Resumiendo, son importantes estos puntos:

1. Hacer el diagnóstico preciso para indicar la técnica quirúrgica a utilizar.
2. Realizar una ecografía para identificar la presencia de glándula mamaria para tratar la ginecomastia.
3. Evaluar la calidad de la piel, la edad, el descenso del CAP, la presencia de un pliegue que se continúa desde el borde inferior del pectoral hacia la parte lateral del tórax, para encarar técnicas de resección de piel adecuadas a cada caso clínico.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Gusenoff JA. Male Chest Contouring after Massive Weight Loss. Clin Plast Surg. 2020;47(4):559-67.*
2. *Hammond DC. Surgical correction of gynecomastia. Plast Reconstr Surg. 2009;124(1):61e-68e.*
3. *Mentz HA, Falco J, Barone M. Vaser-assisted lipoplasty for high-definition body contouring. Aesthetic Surg J. 2020;40(8):868-80.*
4. *Botta SA. Alternatives for the surgical correction of severe gynecomastia. Aesthetic Plast Surg. 1998;22(1):65-70.*
5. *Martínez AA, Chung S. Ptosis mamaria [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; enero 2025.*