

# Dolor mamario en un adolescente temprano sin ginecomastia

Gonzalo M. Agüero 

Servicio de Adolescencia, Hospital de Agudos Dr. Cosme Argerich. Buenos Aires, Argentina

## RESUMEN

La ginecomastia puberal es la causa más frecuente de síntomas mamarios en varones adolescentes, como aumento de tamaño, nódulos o dolor. Se informa el caso de un adolescente de 13 años con mastalgia bilateral secundaria a un factor mecánico/traumático y en ausencia de ginecomastia. La presunción diagnóstica se basó en puntos clave de la anamnesis y exploración física. En la anamnesis se evaluaron factores mecánicos y traumáticos de mastalgia, los cuales no suelen ser evidentes al inicio. El examen físico del complejo areola-pezón permite diferenciar entre ginecomastia y lipomastia. La ecografía es un recurso complementario en casos dudosos.

**Palabras clave:** adolescente, varón, dolor mamario, ginecomastia, informe de casos.

## Breast pain in an early adolescent male without gynecomastia

### ABSTRACT

Pubertal gynecomastia is the most common cause of breast symptoms in adolescent males, such as enlargement, nodules, or pain. We report the case of a 13-year-old adolescent with bilateral mastalgia secondary to a mechanical/traumatic factor in the absence of gynecomastia. The diagnostic presumption was based on key aspects of the medical history and physical examination. During the medical history, mechanical and traumatic factors related to mastalgia were assessed, which are often not evident initially. Physical examination of the areola–nipple complex helps differentiate between gynecomastia and lipomastia. Ultrasound is a complementary tool in doubtful cases.

**Key words:** adolescent, male, breast pain, gynecomastia, case reports.

## INTRODUCCIÓN

Los varones adolescentes suelen consultar por síntomas en la región mamaria como aumento de tamaño, aparición de un nódulo y, en menor medida, por dolor. Su origen generalmente es benigno y la causa más común es la ginecomastia puberal.<sup>1,2</sup> El objetivo de este informe es describir la evaluación clínica de mastalgia en un adolescente sin ginecomastia, producida por un factor mecánico/traumático repetido.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

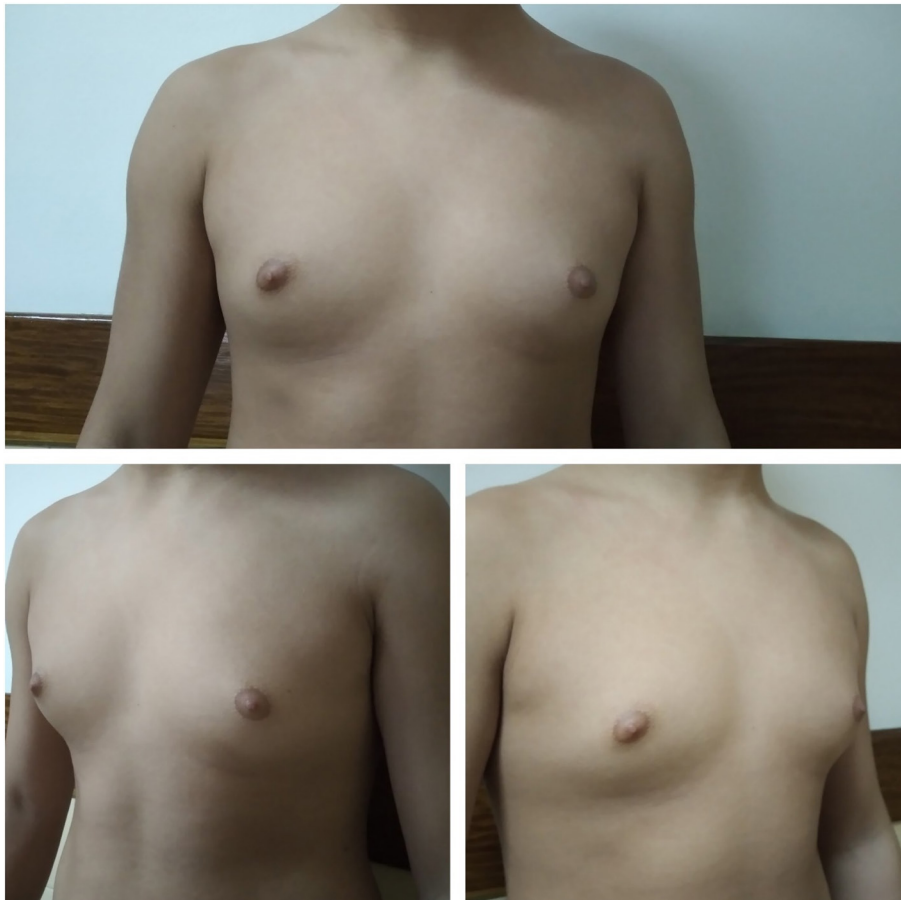
Un varón de 13 años y 6 meses, sin antecedentes relevantes, concurrió al control de salud. Cursaba primer año del nivel secundario, no realizaba actividades extraescolares y era sedentario. Datos positivos del examen físico: sobrepeso con índice de masa corporal de 24,5 kg/m<sup>2</sup> (Percentil 97). En el tórax se observó región mamaria con leve aumento de tamaño, sin ptosis, de aspecto cónico; su palpación fue sugestiva de lipomastia (Fig. 1).

Autora para correspondencia: [aguergonzalo@gmail.com](mailto:aguergonzalo@gmail.com), Agüero GM.

Recibido: 2025/06/30 | Aceptado: 026/02/13 | Publicado: 2026/03/26

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v46i1.1282>

Cómo citar: Agüero GM. Dolor mamario en un adolescente temprano sin ginecomastia. Rev Hosp Ital B.Aires. 2026;46(1):e0001282



**Figura 1.** Aspecto del tórax de un varón de 13 años. Se observa región mamaria prominente bilateral de aspecto cónico, sin ptosis, correspondiente a lipomastia.

Examen genital: estadio de Tanner vello púbico (VP) 4 y genitales (G) 3, con ambos testículos de 8 mL. Al finalizar la exploración, el adolescente refirió tener dolor bilateral en zona mamaria, de varios meses de evolución.

**Anamnesis ampliada:** el dolor se había iniciado luego de las vacaciones de verano, en la zona areolar, de intensidad leve a moderada y de curso intermitente. Previamente había consultado en otra institución donde le dijeron que la mastalgia era “por el crecimiento”, pero solo habían observado su torso sin completar el examen físico. El paciente no refería traumatismos ni otros síntomas. No manifestaba cambios corporales recientes más allá del estirón puberal. No había tomado sustancias psicoactivas ni medicamentos. No usaba lociones, aceites ni cremas corporales. En la familia no había casos de ginecomastia ni problemas endocrinológicos.

**Examen mamario dirigido:** no se palparon nódulos retroareolares. No había cambios en la piel, retracción ni secreción del pezón, tampoco ganglios axilares. Se solicitó una ecografía de región pectoral y mamaria bilateral, que informó: fibras musculares de forma y disposición conservada. Tejido celular subcutáneo de ecoestructura

conservada. No se observan imágenes sólidas ni líquidas. Ganglios axilares de características ecográficas habituales, en rango no adenomegálico.

El informe ecográfico y el examen físico fueron concordantes con lipomastia, por lo cual no se solicitaron más estudios complementarios. Debido a la ausencia de ginecomastia, se reevaluaron causas mecánicas y traumáticas de mastalgia. En una entrevista a solas, se preguntó de manera dirigida si alguien, o él mismo, había apretado la areola o el pezón. El adolescente comentó que, entre sus compañeros de curso, se pellizcaban los pezones como un juego. No se detectó *bullying* ni otras situaciones problemáticas. Se aconsejó discontinuar la práctica, comenzar actividad física regular y control evolutivo. El adolescente no volvió a presentar mastalgia.

Un año después se constató el progreso puberal sin desarrollo de ginecomastia y un índice de masa corporal de 23,1 kg/m<sup>2</sup> (Percentil 85). Persistía la lipomastia leve de aspecto cónico. Examen genital con estadio de Tanner VP4 y G4, con testículos entre 12-15 mL. Un análisis de laboratorio de rutina arrojó hemograma, químicas y perfil tiroideo normales.

## DISCUSIÓN

El dolor mamario de varones adolescentes generalmente se asocia con la presencia de ginecomastia puberal, por lo que la evaluación debería apuntar en primer término a confirmar o descartar este diagnóstico.<sup>1-4</sup>

Las glándulas mamarias de varones y mujeres se diferencian en la pubertad. En los varones, el pezón y la areola son más pequeños. La mama está compuesta esencialmente por grasa subcutánea y un remanente de tejido ductal subareolar. Los lóbulos y conductos no están desarrollados. El tamaño y la forma son variables, dependen de la edad, el tejido muscular, la grasa subcutánea y características constitucionales. El pezón está formado por tejidos musculares y epiteliales, rodeado por la areola, rica en glándulas apocrinas y sebáceas (de Montgomery). La vascularización es densa, con una red arterial, venosa y linfática. Existen numerosas variaciones individuales en la distribución de los nervios hacia la mama y especialmente hacia el pezón y la areola. Desde el punto de vista histológico, la innervación es similar a la de otras partes de la piel.<sup>5,6</sup>

Definimos como ginecomastia a la proliferación benigna de tejido glandular mamario en varones durante la pubertad, que no está asociada con una causa patológica subyacente.<sup>3</sup> Es más frecuente entre los 12 y 13 años, por lo general en estadio 3 de Tanner y con un volumen testicular de 6-10 mL.<sup>7,8</sup> El diagnóstico es clínico e incluye:<sup>3,4</sup> 1) Anamnesis: cambios en la piel mamaria, secreción del pezón, características del dolor, tiempo de evolución. También síntomas generales o situaciones asociadas (infecciones, traumatismos), exposición a fármacos o sustancias (sistémicas o tóxicas) relacionadas con la aparición de ginecomastia, antecedentes familiares de ginecomastia y problemas endocrinos; 2) Examen físico: incluye la palpación del complejo areola-pezón, con el objetivo de distinguir entre la proliferación de tejido mamario (ginecomastia), la deposición de tejido adiposo (lipomastia), y de otras formaciones nodulares de diferente origen. La evaluación se completa con el examen genital y la evaluación puberal.

Los factores mecánicos y traumáticos, como causa de mastalgia u otros problemas mamarios, no siempre son evidentes en la evaluación inicial. En este caso se trató de un adolescente temprano que no relacionó su mastalgia con práctica de pellizcarse los pezones entre compañeros, o tal vez tuvo vergüenza de contarlo. En su primera consulta a otra institución, el síntoma fue asumido como secundario a ginecomastia (“crecimiento”), pero no se realizó el examen físico correspondiente para confirmar dicho diagnóstico. La evaluación realizada en nuestro Servicio descartó la presencia de ginecomastia y orientó hacia un cuadro de lipomastia, por lo que el dolor debía tener otra causa. Una entrevista detallada, respetando la privacidad, el pudor y los tiempos de un adolescente, permitió arribar al diagnóstico de mastalgia de causa mecánica o traumática. La presunción diagnóstica basada en puntos clave de la anamnesis y exploración física es

relevante en la evaluación de síntomas mamarios en varones adolescentes. Se destaca que la evaluación integral de salud permite aprovechar los momentos de contacto con el sistema como oportunidades de encuentro e intervención.<sup>9</sup> La entrevista en privado y con un marco de confidencialidad ofrece la oportunidad de establecer un vínculo y garantizar un espacio de escucha y acompañamiento. La disponibilidad del equipo de salud para escuchar, reconocer y aceptar a cada adolescente en su singularidad es garantía de accesibilidad a los servicios de salud.

Previamente, se informó el caso de un varón de 11 años con agrandamiento y dolor mamario repentinos; la ecografía mostró un hematoma subareolar y la anamnesis reveló que este adolescente había sufrido hostigamiento escolar en repetidas oportunidades con pellizcos en los pezones.<sup>10</sup> Estímulos mecánicos y traumáticos crónicos se asociaron con la aparición de ginecomastia prepupal en un niño que trabajaba cargando melones<sup>11</sup> y en otro niño que se apretaba y mordisqueaba el pezón como estereotipia.<sup>12</sup> La mastalgia también aparece en dermatosis relacionadas con prácticas deportivas, por traumatismo directo o fricción. Un cuadro característico es el “pezón del corredor” o “del ciclista”, donde el pezón se lesiona por fricción con la ropa deportiva.<sup>13</sup> Otras causas de dolor incluyen: quiste de Montgomery,<sup>4</sup> infecciones de piel y partes blandas, hematomas,<sup>6</sup> osteocondritis costal y síndrome de Tietze.<sup>14</sup>

## CONCLUSIÓN

Los varones adolescentes suelen consultar por síntomas mamarios. En ausencia de ginecomastia puberal, diferentes factores mecánicos y traumatismos repetidos pueden asociarse a mastalgia y a la aparición de nódulos mamarios, como hematomas o ginecomastia prepupal. Este caso resalta la importancia de una anamnesis cuidadosa y de un abordaje integral en la atención del adolescente.

**Aspectos éticos:** el protocolo del presente informe de caso fue aprobado por el Comité de Ética Institucional (PRIISA BA 14346) y fue conducido de acuerdo con los lineamientos asentados por la declaración modificada de Helsinki.

**Conflictos de intereses:** el autor declara no poseer conflictos de intereses relacionados con el contenido del presente trabajo.

**Financiamiento:** el autor declara que este estudio no recibió financiamiento de ninguna fuente externa

## REFERENCIAS

1. Romao I, Klass E. Gynecomastia. *N Engl J Med.* 2007;357(25):2636; author reply 2636-7. <https://doi.org/10.1056/NEJMc072946>.
2. Charlot M, Béatrix O, Chateau F, et al. Pathologies of the male breast. *Diagn Interv Imaging.* 2013;94(1):26-37. <https://doi.org/10.1016/j.diii.2012.10.011>.
3. Kanakis GA, Nordkap L, Bang AK, et al. EAA clinical practice guidelines-gynecomastia evaluation and management. *Andrology.* 2019;7(6):778-793. <https://doi.org/10.1111/andr.12636>.

4. Knaus ME, Grabowski JE. Pediatric breast masses: an overview of the subtypes, workup, imaging, and management. *Adv Pediatr*. 2021;68:195-209. <https://doi.org/10.1016/j.yapd.2021.05.006>.
5. Misery L, Talagas M. Innervation of the male breast: psychological and physiological consequences. *J Mammary Gland Biol Neoplasia*. 2017;22(2):109-115. <https://doi.org/10.1007/s10911-017-9380-0>.
6. Viana MP, Tucunduva TCM, Torres US, et al. Imaging of male breast disease: the good, the bad and the ugly - A pictorial review. *Clin Imaging*. 2020;68:45-56. <https://doi.org/10.1016/j.clinimag.2020.06.025>.
7. Nordt CA, DiVasta AD. Gynecomastia in adolescents. *Curr Opin Pediatr*. 2008;20(4):375-382. <https://doi.org/10.1097/MOP.0b013e328306a07c>.
8. Comité Nacional de Endocrinología. Enfoque práctico del manejo de la ginecomastia: seis preguntas que debe responderse el pediatra ante un paciente con ginecomastia. *Arch Argent Pediatr*. 2011;109(4):365-368. <https://doi.org/10.5546/aap.2011.365>.
9. Argentina. Ministerio de Salud. Dirección de Adolescencias y Juventudes. Evaluación integral de salud. Buenos Aires: el Ministerio; 2023. (Lineamientos para el abordaje de la salud integral de adolescentes en el primer nivel de atención; 2).
10. Pellegrin MC, Naviglio S, Cattaruzzi E, et al. A teenager with sudden unilateral breast enlargement. *J Pediatr*. 2017;182:394. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.11.044>.
11. Laimon W, El-Hawary A, Aboelenin H, et al. Prepubertal gynecomastia is not always idiopathic: case series and review of the literature. *Eur J Pediatr*. 2021;180(3):977-982. <https://doi.org/10.1007/s00431-020-03799-x>.
12. Pérez-García C, Ariza Jiménez AB, Camacho Lozano L, et al. Importancia de la anamnesis exhaustiva ante una ginecomastia unilateral inexplicada en un niño. *Arch Argent Pediatr*. 2018;116(5):e655-e658. <https://doi.org/10.5546/aap.2018.e655>.
13. Purim KS, Leite N. Sports-related dermatoses among road runners in Southern Brazil. *An Bras Dermatol*. 2014;89(4):587-592. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20142792>.
14. Martín Díaz MJ. Dolor torácico. *Pediatr Integral*. 2024; 28(1):49-57.