

# Abordagem Cirúrgica da Ginecomastia Verdadeira

## *Surgical approach to True Gynecomastia*

### Autores:

Érico Pampado Di Santis<sup>1</sup>  
 Leopoldo Duailibe Nogueira Santos<sup>2</sup>  
 Sheila Martins Di Santis<sup>3</sup>  
 Iuri Vieira Dair<sup>4</sup>  
 Marcia Lanzoni de Alvarenga Lira<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Colaborador no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário de Taubaté / Universidade de Taubaté (HUT/UNITAU) – Taubaté (SP), Brasil.

<sup>2</sup> Especializando no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário de Taubaté/Universidade de Taubaté (HUT/UNITAU) – Taubaté (SP), Brasil.

<sup>3</sup> Médica em consultório particular – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>4</sup> Médico em consultório particular – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>5</sup> Professora-assistente I na disciplina de patologia especial do Departamento de Medicina da Universidade de Taubaté (UNITAU) – Taubaté (SP); dermatopatologista no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário de Taubaté / Universidade de Taubaté (HUT/UNITAU) – Taubaté (SP), Brasil.

### Correspondência para:

Dr. Leopoldo Duailibe Nogueira Santos  
 Rua Dr. Neto de Araújo, 101 / 112 – Vila Mariana  
 04.111-000 – São Paulo – SP  
 E-mail: leops8@hotmail.com

Recebido em: 23/09/2013

Aprovado em: 30/12/2013

Trabalho realizado no Hospital Universitário de Taubaté/Universidade de Taubaté (HUT/UNITAU) – Taubaté (SP), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum.  
 Conflito de Interesses: Nenhum

### RESUMO

A ginecomastia verdadeira é uma proliferação benigna do tecido glandular da mama masculina. Em geral, o manejo é conservador, porém se houver o desenvolvimento de fibrose após a fase inflamatória, preconiza-se a cirurgia. Relata-se um caso de ginecomastia verdadeira, em homem com aumento simétrico das mamas desde a adolescência. Frente a este diagnóstico foi realizada cirurgia corretiva com anestesia tumescente e exérese em bloco da glândula mamária.

**Palavras-chave:** ginecomastia; procedimentos cirúrgicos ambulatoriais; dermatologia; anestesia local.

### ABSTRACT

*True gynecomastia is a benign proliferation of the glandular tissue of the male breast. In general, management is conservative, however if there is development of fibrosis after the inflammatory phase, surgery is recommended. The present article describes a case of true gynecomastia with symmetrical enlargement of the breasts since adolescence. In light of this diagnosis, corrective surgery was performed with tumescent anesthesia and exeresis in block of the mammary gland.*

**Keywords:** gynecomastia; ambulatory surgical procedures; dermatology; anesthesia, local.

### INTRODUÇÃO

Ginecomastia verdadeira (GV) é proliferação benigna do tecido glandular da mama masculina. Há três picos de incidência: em recém-nascidos, em adolescentes e em adultos de meia-idade. A ginecomastia da infância é transiente e regride após duas ou três semanas, quando diminui o nível de estrogênio materno no recém-nascido. Na adolescência, há um pico entre aos 13 ou 14 anos, regredindo em média em 18 meses. Nesses casos, a manutenção do quadro é rara, mas pode permanecer após a puberdade, mantendo-se no adulto. O terceiro pico ocorre em homens entre 50 e 80 anos.

O tecido mamário é sensível ao nível sérico de estrogênio livre. O aumento do tecido está relacionado a maior nível absoluto de estrogênio livre ou em relação ao nível de testosterona, resultando em maior ação estimuladora, o que provoca seu crescimento.<sup>1-3</sup>

A causa mais comum de ginecomastia na adolescência é a fisiológica. Já nos adultos, as principais causas são: persistência da ginecomastia juvenil e a forma idiopática, seguidas daquelas ocasionadas pelo uso de certas drogas como espironolactona, nifedipina, estrogênio, antiandrogênio e efavirenz. Há outras causas de menor expressão, como certas doenças, cirrose, hipogonadismo e tumor de testículo, entre elas.<sup>1,2</sup>

A GV deve ser diferenciada da pseudoginecomastia que ocorre por aumento de tecido adiposo da mama. Entre as causas estão a obesidade e a lipodistrofia, incluindo a do paciente em tratamento com a terapia antirretroviral. Nesses casos, durante a palpação da mama não se consegue delimitar massa subareolar, como na GV. Em relação às lesões neoplásicas, o câncer de mama é importante diagnóstico diferencial. Em geral, trata-se de massa excêntrica ao mamilo, aderida a planos profundos com consistência endurecida.

O diagnóstico de ginecomastia verdadeira é realizado, principalmente, pela anamnese e pelo exame físico detalhados. Em casos inconclusivos, há necessidade de exames complementares, tanto laboratoriais como de imagem, para excluir, entre outras causas, as tumorais.

O manejo dependerá da causa, do tempo de surgimento do quadro clínico e do incômodo referido pelo paciente. No caso de ser secundário ao uso de alguma medicação, a primeira medida é suspender a droga suspeita. O tempo de surgimento é importante, pois, inicialmente, o tecido está em fase inflamatória. Nesses casos, pode-se optar tanto por abordagem conservadora, uma vez que há regressão espontânea na maioria das vezes, quanto por introduzir medicações para acelerar a involução do tecido mamário inflamado, por exemplo, androgênios, moduladores seletivos dos receptores de estrogênio e inibidores da aromatase. No entanto, após esse período inflamatório inicial, o tecido torna-se fibrótico, necessitando de tratamento cirúrgico. No procedimento cirúrgico é realizada a exérese de tecido mamário. Caso haja excesso de tecido adiposo associado, pode-se complementar o tratamento com a lipos aspiração.<sup>5</sup>

## RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino de 26 anos, queixando-se de caroço nas mamas desde a adolescência. Negava sintomatologia local. Ao exame dermatológico, observavam-se mamas simétricas e aumentadas em volume (Figura 1). À palpação, notava-se tecido denso e fibroelástico em plano subareolar. O paciente relatou que houve piora do aumento do tamanho após iniciar uso de medicação injetável (não sabia referir qual era a droga) durante treinos em academia de ginástica, além de suplementos alimentares com intuito de ganho de massa muscular (creatina e proteína). Além disso, fazia uso de finasterida 1mg por dia para tratamento de alopecia androgenética, droga iniciada em vigência do quadro de ginecomastia já instalado.

Assim, foi indicada avaliação do endocrinologista, que solicitou exames subsidiários, entre eles prolactina, testosterona sérica, bioquímica hepática, função renal, avaliação tireoidiana, FSH, LH, lipidograma, glicemia jejum, insulina e ultrassonografia de escroto. Demonstrando-se todos dentro da normalidade,

foram descartadas causas tumorais ou secundárias, como doenças renais ou hepáticas. Também foi solicitada ultrassonografia das mamas, que revelou aumento significativo de tecido fibroglandular. Frente ao exposto, diagnosticou-se o quadro de ginecomastia verdadeira da adolescência persistente no adulto, provavelmente potencializada pelo uso de drogas injetáveis. Devido ao incômodo estético experimentado pelo paciente, indicou-se cirurgia para diminuição da mama.

A cirurgia foi realizada sob anestesia local com solução tumescente na proporção de soro fisiológico 0,9% (200ml), lidocaína 2% (20ml), bicarbonato de sódio (8ml), adrenalina (1ml). Optou-se por incisão periareolar semicircular, seguida de exérese do excesso de glândula mamária em bloco (Figura 2). A sutura foi realizada com fio de náilon monofilamentado 5.0. Utilizamos curativo compressivo com malha elástica por 48 horas. No pós-operatório, não houve intercorrências. Três meses após a cirurgia, pode-se notar resultado estético satisfatório (Figura 3).



FIGURA 1: A (Anteroposterior) e B (Perfil): aumento simétrico do volume das mamas

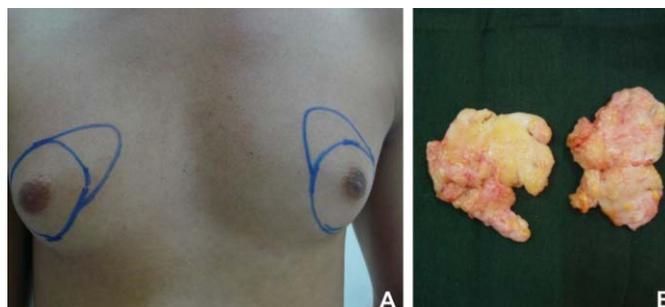
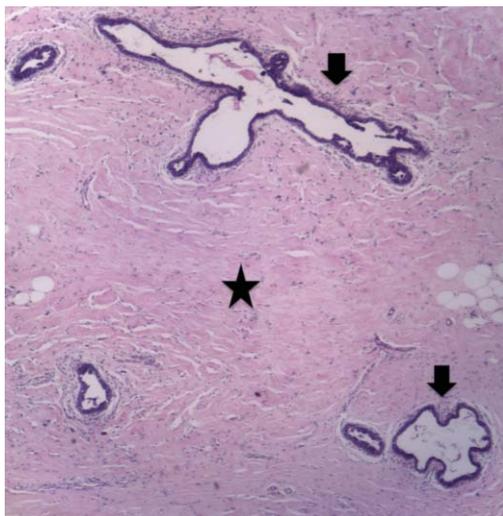


Figura 2: A - Marcação pré-operatória do tecido a ser excisado  
B - Tecido excisado de cada mama



FIGURA 3: A (Anteroposterior) e B (Perfil): pós-operatório aos três meses; redução das mamas

O tecido excisado foi enviado para exame histopatológico, revelando parênquima mamário com estroma denso com fibras colágenas espessas, alguns adipócitos, ductos ectasiados revestidos por epitélio cúbico simples sem atipias, e ausência de infiltrado inflamatório (Figura 4). Confirmando o quadro de ginecomastia verdadeira em fase fibrótica.



**FIGURA 4:**  
Histopatológico  
Setas: Ductos  
ectasiados  
Estrela:  
Estroma denso  
com fibras  
colágenas  
espessas

## DISCUSSÃO

O relato demonstra caso típico de ginecomastia verdadeira persistente no adulto. A hipótese de GV da adolescência fortalece-se pela idade de aparecimento nesse paciente, ou seja, o segundo pico de incidência da ginecomastia verdadeira. No entanto, não podemos descartar causa exógena (drogas).

Como não houve regressão após período de 18 meses, o tecido mamário passou da fase inflamatória para a fibrótica. Nesses casos, a única opção terapêutica é a cirúrgica. De acordo com a classificação morfológica de ginecomastia de Cordova e Moschella, o paciente apresenta-se no grau II, o que indica hipertrofia de todos os componentes estruturais da mama, sendo que o complexo aréolo-mamilar está acima da dobra mamária. Nesses casos, o tratamento cirúrgico pode ser associação de lipoaspiração e ressecção glandular. Já as opções de incisão são: semicircular periareolar, intra-areolar, *pull-through approach* ou endoscópica.<sup>6</sup>

Após a investigação hormonal e o afastamento de medicações injetáveis, optamos pela exérese do tecido glandular, desconsiderando a necessidade de lipoaspiração, uma vez que apresentava pequena quantidade de tecido adiposo. Assim, não houve remoção em excesso de tecido, o que poderia ter resultado em tórax plano, irregularidade local ou até concavidade. Por fim, obteve-se bom resultado cosmético. ●

## REFERÊNCIAS

1. Olsson H, Bladstrom A, Alm P. Male gynecomastia and risk for malignant tumours--a cohort study. *BMC Cancer*. 2002;2:26.
2. Braunstein GD. Gynecomastia. *NEJM*. Mass Medical Soc. 2007;357(12):1229-37.
3. Nordt CA, DiVasta AD. Gynecomastia in adolescents. *Curr Opin Pediatr*. 2008;20(4):375-82.
4. Ma NS, Geffner ME. Gynecomastia in prepubertal and pubertal men. *Curr Opin Pediatr*. 2008;20(4):465-70.
5. Gikas P, Mokbel K. Management of gynaecomastia: an update. *Int J Clin Pract*. 2007;61(7):1209-15.
6. Cordova A, Moschella F. Algorithm for clinical evaluation and surgical treatment of gynaecomastia. *J Plast Reconst Aesthet Surg*. 2008;61(1):41-9.