

# TRATAMENTO CIRÚRGICO DA GINECOMASTIA

## SURGICAL TREATMENT OF GYNECOMASTIA

ANDRÉ MAROCCOLO DE SOUSA<sup>1</sup>, JOSIMAR OLIVEIRA DA SILVA<sup>1</sup>, VINÍCIUS THOMÉ SANTIAGO<sup>1</sup>,  
ELMO NETO MARQUES GARCIA<sup>1</sup>, HENRI NAVES SIQUEIRA<sup>2</sup>, JULLIANO MORAES SILVA<sup>2</sup>, JUAREZ ANTÔNIO DE SOUSA<sup>3</sup>

### RESUMO

A ginecomastia é o crescimento da glândula mamária masculina decorrente de ramificação secundária dos ductos e proliferação do estroma fibroelástico, geralmente decorrente do desequilíbrio entre a ação estimulante estrogênica e os efeitos inibitórios androgênicos. Deve ser feito o diagnóstico diferencial com carcinoma mamário, cisto dermoide, hematoma, lipoma, linfangioma e neurofibroma. O tratamento de escolha é o cirúrgico uma vez que drogas como clomifeno, tamoxifeno, danazol e testolactona tem eficácia baixa. A adenomastectomia redutora com incisão periareolar inferior é a técnica de escolha. A lipoaspiração deve ser considerada em casos de lipomastia acentuada.

**PALAVRAS-CHAVE: MAMA; GINECOMASTIA; CIRURGIA**

### ABSTRACT

Gynecomastia is the growth of the male mammary gland resulting from secondary branching of the ducts and proliferation of the fibroelastic stroma, usually resulting from an imbalance between the estrogenic stimulating action and the androgenic inhibitory effects. Differential diagnosis should be made with breast carcinoma, dermoid cyst, hematoma, lipoma, lymphangioma and neurofibroma. The treatment of choice is surgical since drugs such as clomiphene, tamoxifen, danazol and testolactone have low efficacy. Reducing adenomastectomy with an inferior periareolar incision is the technique of choice. Liposuction should be considered in cases of severe lipomastia.

**KEYWORDS: BREAST; GYNECOMASTIA; SURGERY**

### INTRODUÇÃO

Ginecomastia é o crescimento da glândula mamária masculina decorrente de ramificação secundária dos ductos e proliferação do estroma fibroelástico. Na maioria dos casos parece resultar do desequilíbrio entre a ação estimulante estrogênica e os efeitos inibitórios androgênicos<sup>1</sup>.

O desequilíbrio entre estrogênio e androgênio, gonadotrofinas hipofisárias, corticosteroides, prolactina, hormônios da tireoide e do crescimento podem desempenhar papel na origem da ginecomastia<sup>1</sup>.

Predomina na puberdade e após os 65 anos de idade, sobretudo em pessoas com sobrepeso ou obesidade.

### REVISÃO DA LITERATURA

O aspecto macroscópico do tecido glandular na ginecomastia é semelhante ao da mama feminina. Deve ser diferenciada do aumento de volume causado por acúmulo de gordura denominada lipomastia<sup>2</sup>.

Na mama hipertrófica observam-se tecido conjuntivo denso, hialino, periductal e colagenoso. Além da hiperplasia do revestimento dos ductos e infiltrado plasmocitário<sup>3</sup>.

A ginecomastia pode ser classificada em:

Fisiológica: quando surge no período neonatal, puberdade, adolescência e na senilidade.

Alterações hormonais primárias: Síndrome de Klinefelter, em que há alteração cromossômica (47, XXY). Ginecomastia prepuberal familiar que é uma doença autossômica dominante, rara, devido a aumento da atividade da aromatase.

Alterações no desenvolvimento sexual: Pseudo-hermafroditismo masculino, que se caracteriza por indivíduos com hipospádia, atrofia pós-puberal dos túbulos seminíferos, azoospermia, infertilidade e ginecomastia.

Condições clínicas não-hormonais: Cirrose hepática, hipertireoidismo, desnutrição, traumatismo, tumores, in-

1. Acadêmico de medicina da UFG.

2. Residente de GO da Maternidade Aristina Cândida de Senador Canedo.

3. Professor da Faculdade de Medicina da UFG

### ENDEREÇO

ANDRÉ MAROCCOLO DE SOUSA  
Praça Universitária, 1440 Setor Leste  
Universitário Goiânia Goiás  
E-mail: andremarocolos@gmail.com

suficiência hepática e renal.

Induzida por medicamentos e substâncias psicoativas: Anabolizantes, estrogênios, digitálicos, espironolactona, cimetidina, cetoconazol, amfetamina, anti-hipertensivos, antidepressivos, agentes citotóxicos, bebidas alcoólicas e drogas ilícitas (heroína e maconha).

O diagnóstico é baseado em dados clínicos, complementado por mamografia e ultrassonografia. Raramente necessita de punções e biópsia percutânea<sup>4</sup>.

A suspensão da droga causadora da ginecomastia ou correção da condição subjacente que alterou o equilíbrio de estrogênios e androgênios acarreta a regressão da ginecomastia, principalmente se o crescimento da mama for de início recente.

A conduta terapêutica é geralmente expectante em adolescentes que apresentam ginecomastia fisiológica, pois muitos casos regredem espontaneamente. A proporção de parênquima/gordura e a consistência da mama ajudará a determinar a modalidade de tratamento mais efetivo. O tratamento com medicamentos antiestrogênicos não tem comprovação científica<sup>5</sup>.

Quando a ginecomastia persiste no adulto, ocasionando transtornos psicológicos em decorrência da estética, o tratamento cirúrgico com a adenomastectomia subcutânea, associada ou não à lipoaspiração, é o método mais utilizado.

Adenomastectomia subcutânea: O procedimento é feito em centro cirúrgico e anestesia local com lidocaína sem vasoconstrictor, associada a sedação anestésica. Procede-se a incisão periareolar inferior, confecção do retalho subcutâneo com bisturi ou tesoura até o plano do músculo peitoral maior, retirando-se a glândula mamária por inteiro, preservando-se a aréola e mamilo<sup>6</sup>.



Figura 2: Resultado após 2 anos de tratamento cirúrgico de ginecomastia com incisão periareolar inferior.



Foto 3: Ginecomastia em adolescente de 15 anos.



Figura 1: Ginecomastia em adolescente de 14 anos.



Foto 4: Resultado após 15 dias de tratamento cirúrgico com adenomastectomia bilateral com incisão periareolar inferior.

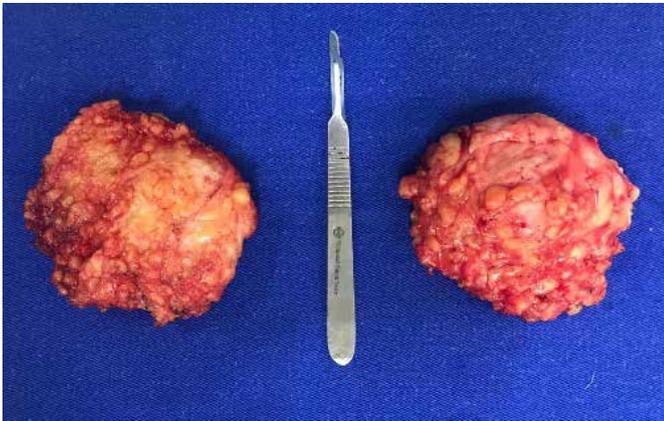


Foto 5: Aspecto macroscópico da peça cirúrgica de adenomastectomia bilateral por ginecomastia.

### CONCLUSÃO

Homens saudáveis com tecido mamário palpável não é incomum. Assim, esses pacientes assintomáticos não devem receber investigação diagnóstica e muito menos serem tratados. O tratamento da ginecomastia depende da causa base. A ginecomastia fisiológica puberal usualmente não necessita de tratamento, resolve-se espontaneamente em até 3 anos em cerca de 90% dos pacientes. Quando a ginecomastia é induzida por drogas pode regredir após a suspensão das mesmas. O tratamento cirúrgico com a técnica da adenomastectomia subcutânea, empregando a incisão pariareolar inferior, é a técnica de escolha na maioria das vezes quando a ginecomastia persiste no adulto<sup>5</sup>.

### REFERÊNCIAS

- 1- Menke CH, Chagas CR, Vieira RJS. Tratado de Mastologia da SBM. Rio de Janeiro: Revinter; 2015. 1632 p.
- 2- Boff RA, Carli AC De, Brenelli FP, Brenelli H, de Carli LS, Sauer FZ, et al. Compêndio de Mastologia: Abordagem multidisciplinar. 1st ed. Lemar, editor. Caxias do Sul; 2015. 754 p.
- 3- Porto CC. Semiologia Médica. 8th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019.
- 4- Girão MJBC, Baracat EC, Lima GR de, Nazário ACP, Facina G, Sartori MGF, et al. Tratado de ginecologia. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017
- 5- Bagnoli F, Brenelli FP, Pedrini JL, Júnior R de F, de Oliveira VM. Mastologia: do diagnóstico ao tratamento. Goiânia: Conexão Propaganda e Editora; 2017.
- 6- Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Osborne CK. Doenças da mama. 5th ed. Rio de Janeiro: Di Livros; 2016.