



# Ginecomastia à vista: à abordagem

Eliseo Martínez<sup>1</sup>, Dolores Vázquez<sup>2</sup>, Ana Patrícia Rosa<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Assistente MGF USF Alcides de Faria, <sup>2</sup>IFE Medicina Interna Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, <sup>3</sup>IFE MGF USF Alcides de Faria



## Introdução e objectivos

A ginecomastia é definida como o aumento do tamanho da mama no homem, caracterizada pela proliferação do tecido glandular mamário e condicionada por um aumento do ratio entre a atividade estrogénica e a atividade androgénica. É uma entidade muito prevalente e benigna, mas é crucial uma correta abordagem para o diagnóstico diferencial com outros transtornos como a pseudoginecomastia (acumulação de tecido gordo) ou o carcinoma mamário.



## Metodologia

Foi realizada uma revisão clássica através de pesquisa bibliográfica na MedLine/pubMed, UptoDate e motores de busca genéricos de artigos publicados nos últimos 10 anos com o termo “gynecomastia”

## RESULTADOS

### 3 picos de incidência:

- \*recém nascidos (60-90%)
- \*puberdade (65% entre os 13 e 14 anos)
- \*idosos (60% entre os 50-70 anos)

### Abordagem diagnóstica:

#### História clínica

(antecedentes pessoais e familiares, toma de fármacos)

+

#### Exploração física

(palpação mamária, estigmas de doenças desencadeadoras de ginecomastia secundária),

Se necessário, solicitar-se-á **estudo analítico** hormonal (hCG, LH, prolactina, testosterona e estradiol) com função hepática, renal e tiroideia, para descartar **ginecomastia secundária**.

Quando a anamnese e a exploração física sugerem **neoplasia mamária**, está indicada a realização de **provas de imagem** (mamografia, ecografia) e, eventualmente, exames cito-histológicos (PAAF, biópsia ou mastectomia).

**Mecanismo fisiopatológico:** desequilíbrio entre a ação estimulante estrogénica e a ação inibidora androgénica na mama masculina.

### Causas:

\***IDIOPÁTICA OU FISIOLÓGICA** (causa mais frequente)

\***SECUNDÁRIA:**

-**Fármacos** (múltiplos: finasterida, dutasterida, espironolactona, cimetidina, omeprazol, haloperidol, metoclopramida, tricíclicos,...),

-**Neoplasias secretoras de estrogénios** (tumores de células de Leydig ou Sertoli, tumores adrenais, tumores testiculares secretores de hCG),

-**Aumento da aromatização periférica de androgénios a estrogénios** (obesidade, cirrose, hipertiroidismo, malnutrição, DRC)

-**Insuficiência gonadal** (Klinefelter, orquite, castração),

-**Síndromes de resistência androgénica** (síndrome de Reifenstein)

-**Alterações nos receptores androgénicos ou estrogénicos** (bicalutamida).

### Tratamento:

- \*Atitude expectante e vigilância. Evitar ou suprimir (se possível) os fármacos causadores.
- \*Tratamento médico em casos muito sintomáticos (tamoxifeno, danazol, raloxifeno, anastrozol).
- \*Cirurgia em casos refractários a tratamento médico.
- \*Radioterapia (nomeadamente em doentes submetidos a hormonoterapia adjuvante por neoplasias prostáticas).

## Conclusões

A ginecomastia constitui um motivo de consulta e de preocupação frequente. Uma abordagem sistematizada, na que tem uma importância fulcral a anamnese e a exploração física cuidadosas, facilita o diagnóstico etiológico e a orientação terapêutica do caso, evitando, em muitas situações a requisição de exames complementares de diagnóstico desnecessários.

**Bibliografia:** Braunstein GD, Anawalt BD. Clinical features, diagnosis and evaluation of gynecomastia. Www.uptodate .com (Feb 2017). Braunstein GD. Clinical practice. Gynecomastia. N Engl J Med 2007; 357:1229. Juan José Chillarón, David Benaiges, Juana Antonia Flores-Le Roux. Ginecomastia. FMC 2013;20:85-8. Johnson RE, Murad MH. Gynecomastia: pathophysiology, evaluation and management. Mayo Clin Proc 2009; 84:1010. Gikas P, Mokbel K. Management of gynwecomastia: an update. Int J Clin Pract 2007; 61:1209