

## Revisão de Temas

### PO - (UM17-1391) - GINECOMASTIA À VISTA: À ABORDAGEM!

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

1 - USF Alcides de Faria (Vila Seca - Barcelos); 2 - Centro Hospitalar Póvoa de Varzim - Vila do Conde

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.

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 "ginecomastia"

A ginecomastia apresenta três picos de incidência: recém nascidos (60-90%), puberdade (65% entre os 13 e 14 anos) e idosos (60% entre os 50-70 anos). A maioria dos casos são idiopáticos ou fisiológicos. Dentro da ginecomastia secundária, a mais frequente é a causada por fármacos (múltiplos: finasterida, dutasterida, espironolactona, cimetidina, omeprazol, haloperidol, metoclopramida, tricíclicos,...), embora também pode ser causada por 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) ou alterações nos receptores androgénicos ou estrogénicos (bicalutamida). A abordagem do doente com ginecomastia deve ser iniciada com uma história clínica (antecedentes pessoais e familiares, toma de fármacos) e uma exploração física dirigidas cuidadosas (palpação mamária, estigmas de doenças desencadeadoras de ginecomastia secundária), que podem ser suficientes para esclarecer a etiologia do caso. 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). O tratamento depende da etiologia e pode consistir em atitude expectante e vigilância, evitar ou suprimir (se possível) os fármacos causadores. Está indicado tratamento médico em casos muito sintomáticos (tamoxifeno, danazol, raloxifeno, anastrozol), cirurgia em casos refractários a tratamento médico ou radioterapia (nomeadamente em doentes submetidos a hormonoterapia adjuvante por neoplasias prostáticas).

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.