

Ginecomastia grau III – abordagem com manutenção do pedículo inferior: relato de caso

Gynecomastia grade III - approach with lower pedicle maintenance - case report



**PEDRO ANTONIO CORDOVA
ROCHA** ^{1*}

CARLOS HENRIQUE DOS REIS CONTE ¹
RAFAEL CORDEIRO PUHL ¹
IGOR LUCIANO ROCHA FAILLACE ¹
ROGÉRIO PORTO DA ROCHA ¹
EWALDO BOLIVAR DE SOUZA PINTO ¹

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0029

INTRODUÇÃO

O termo ginecomastia se refere a uma patologia mamária masculina, frequente, definida como aumento da glândula mamária¹⁻³. O primeiro relato do termo foi feito por Galeno (séc. II d.C.), cuja tradução era “mama como mulher” e a primeira ressecção cirúrgica foi descrita por Paulo de Égina (625 d.C.)⁸. Tem como causa o desequilíbrio na relação hormonal de estrogênio e androgênio, seja ela fisiológica, idiopática (maioria), por endocrinopatias ou abuso de esteroides, este último cada vez mais frequente¹.

O diagnóstico requer abordagem criteriosa da história clínica do paciente e exame físico. A detecção de massa palpável na mama em pacientes do sexo masculino pode resultar no diagnóstico de pseudoginecomastia, ginecomastia verdadeira, câncer de mama e numerosas outras condições benignas^{4,7,8}.

Em 1973, Simon e cols.⁸ propuseram a seguinte classificação para os diferentes graus de ginecomastia:

- Grau I – Pequena, sem excesso de pele;
- Grau IIa – Moderada, sem excesso de pele;
- Grau IIb – Moderada, com excesso de pele;
- Grau III – Grande, com excesso de pele.

A técnica cirúrgica mais comum é a mastectomia subcutânea, que envolve a ressecção direta do tecido glandular por meio de uma abordagem periareolar ou transareolar, com ou sem lipoaspiração associada. A ressecção de pele é necessária onde há volume mamário acentuado, ptose e excesso de pele. Os principais problemas da cirurgia são cicatriz inestética, redundância de pele e migração do mamilo⁷.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é demonstrar a reprodução de técnica utilizada para correção cirúrgica de paciente com ginecomastia de grau III.

RESUMO

O termo ginecomastia se refere a uma patologia mamária masculina, frequente, definida como aumento da glândula mamária. Tem como causa o desequilíbrio na relação hormonal de estrogênio e androgênio, seja ela fisiológica, idiopática (maioria), por endocrinopatias ou abuso de esteroides. O objetivo deste trabalho é demonstrar a reprodução de técnica utilizada para correção cirúrgica de paciente com ginecomastia grau III.

Descritores: Ginecomastia; Mama; Homens; Saúde do homem; Mastectomia; Cirurgia plástica.

ABSTRACT

The term gynecomastia refers to a common male breast disorder, defined as enlargement of the mammary gland. Its cause is the imbalance in the hormonal relation of estrogen and androgen, be it physiological, idiopathic (majority), endocrinopathies or steroid abuse. The objective of this work is to demonstrate the reproduction technique used for surgical correction of patients with grade III gynecomastia.

Keywords: Gynecomastia; Breast neoplasms; Male; Plastic surgery; Mastectomy.

MÉTODO

M.A., 32 anos, queixa-se de mamas grandes e caídas, nega uso de medicações ou histórico de uso de anabolizantes. Investigação hormonal sem alterações. Ao exame físico nota-se ptose mamária importante associada à hipertrofia de tecido mamário (Figura 1). Realizada ultrassonografia com laudo de acúmulo anômalo de tecido fibroglandular em topografia retroareolar bilateralmente, portanto se trata de uma ginecomastia verdadeira, grau III de Simon.



Figura 1. Exame físico pré-operatório. Ginecomastia Grau III.

Descrição da técnica

(1) Marcação do Ponto A para nova posição do complexo areolopapilar; (2) marcação com areolótomo pequeno devido à intenção de diminuição do CAP; (3) marcação de dois vetores equidistantes e com tamanho 1 cm maior que o CAP original do paciente, que se unirão em forma de “disco voador ou óvni” (Figura 2); (4) realização da manobra de Schwartzmann; (5) realização de mastectomia total em bloco, deixando 1 a 2 cm de pele e selar em toda a região mastectomizada (Figura 3); (6) lipoaspiração complementar para melhor contorno mamário;

¹ Serviço de Cirurgia Plástica Dr. Ewaldo Bolivar.

(7) passagem de dreno portovac bilateralmente e revisão de hemostasia; (8) aproximação com pontos separados de nylon 3.0 e nylon 4.0 subdérmicos nos prolongamentos laterais, deixando a cicatriz retilínea e pontos com nylon 5.0 de Gillies na região areolar reposicionando o CAP (Figura 4); (9) total da peça – 415 g na mama esquerda, 380 g na mama direita, 250 mL de lipoaspiração; (10) realizado curativo com microporagem e cinta elástica por 3 meses (Figura 5).



Figura 2. Marcação do novo ponto A e dos vetores equidistantes.



Figura 3. Mama Direita - manobra de Schwartzmann. Mama Esquerda - mastectomia em bloco.

RESULTADOS

Paciente evoluiu satisfatoriamente; o dreno não apresentava débito e foi retirado no sexto dia pós-operatório. Manteve uso de curativo com microporagem, cinta elástica e foram iniciadas sessões de drenagem pós-operatória a fim de evitar fibrose pós-lipoaspiração.

DISCUSSÃO

O número de cirurgias plásticas apresentou na última década um crescimento significativo na população masculina, entre as cirurgias realizadas, a correção de ginecomastia apresenta um desafio ao cirurgião plástico, uma vez que sua correção em casos de mamas grandes e feminilizadas não devem apresentar o estigma da correção feminina e com a cicatriz em "T". Para cada caso a técnica operatória mais adequada deve ser individualizada, sendo importante no pré-operatório discutir em conjunto com o paciente seus anseios e expectativas de resultado^{4,6}.



Figura 4. Reposicionamento do CAP



Figura 5. Produto da mastectomia em bloco. Mama direita - 380 g; mama esquerda - 415 g.

CONCLUSÃO

A técnica descrita por Resende⁵ se mostrou extremamente eficaz e com resultado satisfatório na correção de ginecomastia Grau III, com cicatriz de tamanho aceitável, sem estigmas e com ressecção de grande quantidade de tecido em excesso.

REFERÊNCIAS

1. Johnson RE, Murad MH. Gynecomastia: pathophysiology, evaluation, and management. *Mayo Clin Proc.* 2009; 84(11):1010-5. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0025-6196\(11\)60671-X](https://doi.org/10.1016/S0025-6196(11)60671-X)
2. Steele RS, Martin MJ, Place RJ. Gynecomastia: complications of the subcutaneous mastectomy. *Am Surg.* 2002; 68(2):210-3.
3. Braunstein GD. Gynecomastia. *N Engl J Med.* 1993; 328(7):490-5. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJM199302183280708>
4. Nuttall FQ. Gynecomastia as a physical finding in normal men. *J Clin Endocrinol Metab.* 1979; 48(2):338-40. DOI: <https://doi.org/10.1210/jcem-48-2-338>
5. Resende JHC. Técnica para Correção de Ptose Mamária Masculina pós Grandes Emagrecimentos. *Rev Bras Cir Plást.* 2007; 22(1):1-9
6. Dornelas MT, Machado DC, Gonçalves ALCP, Dornelas MC, Correa MPD. Tratamento cirúrgico da ginecomastia: uma análise criteriosa. *Rev Bras Cir Plást.* 2010; 25(3):470-3. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-51752010000300012>
7. Medeiros MMM. Abordagem cirúrgica para o tratamento da ginecomastia conforme sua classificação. *Rev Bras Cir Plást.* 2012; 27(2):277-82. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-51752012000200018>
8. Karp NS. Ginecomastia. In: Torne CH. *Grabb and Smith's Cirurgia Plástica.* 7 ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter; 2018; cap. 57.

*Endereço Autor:

Pedro Antonio Cordova Rocha

Avenida Ana Costa, nº120 - Vila Matias, Santos, SP, Brasil

CEP 11060-000

E-mail: pedro_cordova@hotmail.com