

Abordagem cirúrgica para o tratamento da ginecomastia conforme sua classificação

Surgical approach to the treatment of gynecomastia according to its classification

MÁRIO MÚCIO MAIA DE
MEDEIROS¹

RESUMO

Introdução: A ginecomastia é a proliferação benigna mais comum do tecido glandular da mama masculina, causada pela alteração do equilíbrio entre as concentrações de estrógeno e andrógeno. Na maioria dos casos, o principal tratamento é a cirurgia. O objetivo deste trabalho foi demonstrar a aplicabilidade das técnicas cirúrgicas consagradas para a correção da ginecomastia, de acordo com a classificação de Simon, e apresentar uma nova contribuição.

Método: Este trabalho foi realizado no período de março de 2009 a março de 2011, sendo incluídos 32 pacientes do sexo masculino, com idades entre 13 anos e 45 anos. A escolha da incisão foi relacionada à necessidade ou não de ressecção de pele. Foram utilizadas quatro técnicas da literatura e uma modificação da técnica por incisão circular com prolongamentos inferior, superior, lateral e medial, quando havia excesso de pele também no polo inferior da mama. **Resultados:** A principal causa da ginecomastia identificada entre os pacientes foi idiopática, seguida pela obesidade e pelo uso de esteroides anabolizantes. **Conclusões:** A técnica mais utilizada foi a incisão periareolar inferior proposta por Webster, quando não houve necessidade de ressecção de pele. Na presença de excesso de pele, a técnica escolhida variou de acordo com a quantidade do tecido a ser ressecado. A nova técnica proposta permitiu maior remoção do tecido dermocutâneo glandular e gorduroso da mama, quando comparada às demais técnicas utilizadas na experiência do cirurgião.

Descritores: Cirurgia plástica/métodos. Mama/cirurgia. Ginecomastia.

ABSTRACT

Background: Gynecomastia is the most common benign proliferation of the glandular tissue of the male breast and is caused by an alteration of the balance between estrogen and androgen concentrations. In most cases, the treatment of choice is surgery. In this study, we aimed to indicate the efficacy of established surgical procedures for the correction of gynecomastia, as evaluated according to Simon's classification, and to present a novel contribution. **Methods:** This study was performed between March 2009 and March 2011. It included 32 male patients, aged between 13 and 45 years. The type of incision was chosen on the basis of the need for skin resection. We used 4 techniques described in the literature and a modified procedure of circular incision with inferior, superior, lateral, and medial extensions, which we employed when excess skin was also present in the lower pole of the breast. **Results:** Idiopathic gynecomastia was the most common etiology among our patients, followed by obesity and by use of anabolic steroids. **Conclusions:** The common procedure to correct gynecomastia was based on the inferior periareolar incision proposed by Webster, which we employed in patients who did not require skin resection. In the presence of excess skin, the technique chosen varied according to the amount of tissue to be resected. In the present report, we propose a novel technique that facilitates larger dermal, glandular, and fatty breast tissue removal when compared to other procedures previously used by this surgeon.

Keywords: Plastic surgery/methods. Breast/surgery. Gynecomastia.

Trabalho realizado no
Serviço de Cirurgia Plástica
do Hospital Belo Horizonte/
FELUMA da Faculdade de
Ciências Médicas de
Minas Gerais, Belo Horizonte,
MG, Brasil.

Trabalho apresentado
e aprovado no exame para
ascensão a Membro Titular da
SBCP, realizado no 48º Congresso
Brasileiro de Cirurgia Plástica,
Goiânia, GO, Brasil, 2011.

Artigo submetido pelo SGP
(Sistema de Gestão de
Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 2/5/2012
Artigo aceito: 20/6/2012

1. Membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, preceptor de Residência Médica do Hospital Belo Horizonte/FELUMA da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

INTRODUÇÃO

A ginecomastia pode ser encontrada em 40% a 65% dos homens adultos e caracteriza-se como um alargamento macio, simétrico e discoide da mama masculina¹⁻⁵. É definida como a proliferação benigna mais comum do tecido glandular da mama masculina, sendo causada principalmente pelo aumento da atividade do estrógeno como resultado da idade, de doenças, de drogas ou de fatores idiopáticos. Somente em casos raros, a causa pode ser associada ao funcionamento do tumor endócrino^{1,2,6,7}. O desenvolvimento da ginecomastia é causado pela alteração do equilíbrio entre as concentrações de estrógeno e andrógeno que efetivamente atuam sobre a mama¹.

Algumas classificações para os diferentes graus de ginecomastia foram propostas, sendo a mais aceita aquela apresentada por Simon^{1,7} e adotada neste trabalho.

A ginecomastia pode ser resultante de mudanças fisiológicas no crescimento e desenvolvimento ou ser causada patologicamente. Existem três picos de ginecomastia fisiológica. O primeiro ocorre durante o período neonatal e o segundo ocorre na puberdade, regredindo, geralmente, aos 17 anos de idade. Em ambos os casos, a ginecomastia, em geral, regride espontaneamente. O terceiro pico ocorre em homens idosos, por uma variedade de razões, entre elas a diminuição da testosterona a partir do envelhecimento dos testículos^{2,4,7-10}.

A relação do câncer de mama masculino com a ginecomastia é controversa, com coexistência reportada variando de 2% a 35%, embora muitas evidências sugiram que as duas condições não estão relacionadas^{1,6}.

A causa idiopática é responsável pela maioria dos casos, e a cirurgia é o principal tratamento quando não ocorre a regressão espontânea ou quando os distúrbios psicossociais se tornam agravantes^{3,7}. Mais recentemente, algumas terapias hormonais foram sugeridas para o tratamento da ginecomastia, porém sem sucesso^{1,6,7}.

A segunda maior causa é aquela em que drogas desencadeantes são utilizadas; entretanto, a ginecomastia costuma ser um efeito secundário em homens adultos em decorrência dos efeitos adversos causados pela reação da droga¹. Risperidona, fenotiazina, inibidores seletivos da recaptação da serotonina (5-hidroxi-triptamina; 5HT), metildopa, antidepressivos tricíclicos, maconha, heroína, saquinavir, minociclina, finasterida, sulpirida e domperidona são algumas drogas reportadas como causas de ginecomastia^{1,4-6,11,12}.

O diagnóstico requer abordagem criteriosa da história clínica do paciente e exame físico^{2,6}. 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.

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^{6,8}. Os principais problemas da cirurgia são cicatriz inestética, redundância de pele e migração do mamilo⁷.

O objetivo deste trabalho foi demonstrar a aplicabilidade de quatro técnicas cirúrgicas consagradas para correção da ginecomastia, de acordo com a classificação de Simon. Esse procedimento possibilitou apresentar uma modificação da técnica por incisão circular com prolongamentos inferior, superior, lateral e medial, quando havia excesso de pele também no polo inferior da mama.

MÉTODO

O trabalho foi realizado no período de março de 2009 a março de 2011. Foram selecionados 32 pacientes do sexo masculino, com idades entre 13 anos e 45 anos, que chegaram espontaneamente ou por indicação ao Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Belo Horizonte/FELUMA (Belo Horizonte, MG, Brasil). Todos os pacientes mostravam-se insatisfeitos com sua afecção e procuravam correção estética.

Foram registradas as seguintes informações: nome, idade, peso, altura, grau de ginecomastia segundo Simon, localização (unilateral ou bilateral), tempo de evolução, cor da pele, causa da ginecomastia, e sintomas (massa palpável, estética, dor e descarga papilar).

A escolha da técnica foi relacionada à classificação de Simon e à necessidade ou não de ressecção de pele. A correção cirúrgica da ginecomastia neste trabalho foi realizada por meio das seguintes técnicas:

1. Técnica por incisão periareolar inferior proposta por Webster – essa técnica foi aplicada em casos de ginecomastia que não apresentavam excesso de pele, conforme descrito por Freitas e Mélega¹³.
2. Técnica por incisão periareolar circular – essa técnica foi aplicada em casos de ginecomastia que apresentavam excesso de pele, conforme descrito por Camargos et al.¹⁴ e Cunha et al.¹⁵.
3. Técnica por incisão periareolar inferior com prolongamentos superior, lateral e medial – essa técnica foi aplicada em casos de ginecomastia em que havia excesso de pele. A marcação pré-operatória iniciou-se com a localização da posição ideal do complexo aréolo-papilar (CAP); porém, em decorrência do excesso de pele superior, medial e lateral, foram feitas marcações adicionais com prolongamentos da incisão nas regiões mensuradas com manobra bidigital (disco voador), a fim de ressecar a maior área de pele possível, evitar a flacidez após a remoção do tecido glandular e

gorduroso e melhorar o posicionamento do CAP. O retalho bipediculado vertical desepidermizado segundo McKissock foi mantido, para promover bom fluxo sanguíneo para o CAP¹⁶.

4. Técnica por incisão periareolar circular com prolongamento transverso lateral – essa técnica foi aplicada nos casos de ginecomastia em que havia excesso de pele. O planejamento pré-operatório seguiu o mesmo procedimento da técnica descrita no item 2; porém, em decorrência do maior excesso de pele lateralmente, na região torácica, foram feitas marcações laterais com manobra bidigital, permitindo maior ressecção de pele sem ultrapassar a linha axilar anterior.
5. Técnica por incisão circular com prolongamentos inferior, superior, lateral e medial (modificação pessoal) – essa técnica corresponde a uma modificação pessoal desenvolvida dentro da clínica e foi aplicada a pacientes em que era necessária maior ressecção do tecido mamário no polo inferior. Consistiu na variação da técnica por incisão periareolar inferior com prolongamentos superior, lateral e medial. A marcação pré-operatória seguiu o mesmo procedimento descrito no item 3; porém, adicionalmente foi realizado o prolongamento inferior espelhado. O retalho bipediculado foi mantido (alternativa 1) ou, quando necessária, foi realizada ressecção do pedículo inferior (alternativa 2), possibilitando melhor acomodação do CAP. A técnica é ilustrada nas Figuras 1 a 7.

RESULTADOS

As informações dos 32 pacientes incluídos neste trabalho, obtidas durante anamnese, foram associadas às técnicas utilizadas, ao peso dos materiais retirados das mamas, ao uso da lipoaspiração, às complicações pós-operatórias e ao grau de satisfação dos pacientes.

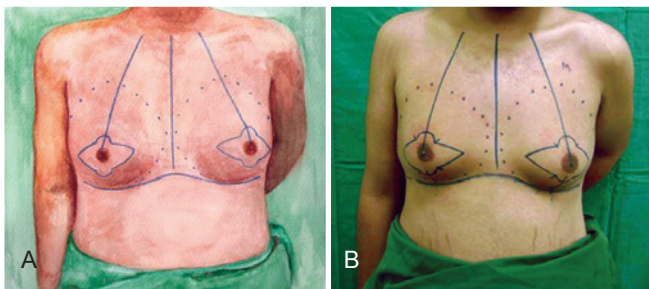


Figura 1 – Marcação pré-operatória da técnica por incisão circular com prolongamentos inferior, superior, lateral e medial. Em A, visão esquemática. Em B, fotografia pré-operatória.

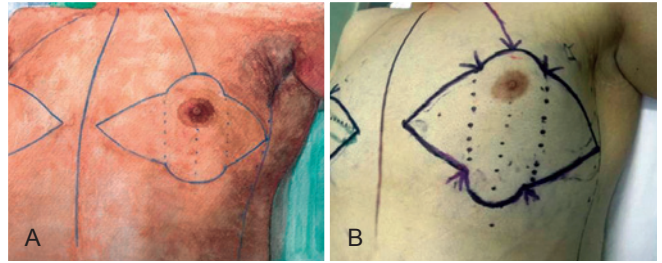


Figura 2 – Detalhe da marcação pré-operatória da técnica por incisão circular com prolongamentos inferior, superior, lateral e medial. Em A, visão esquemática. Em B, fotografia pré-operatória.

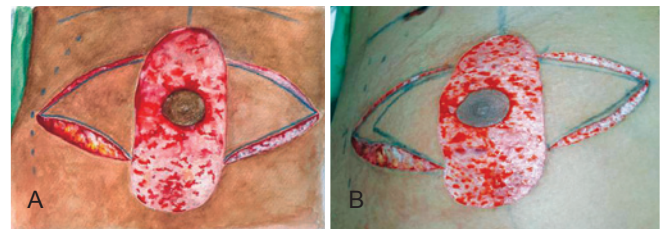


Figura 3 – Desepidermização da área do complexo aréolo-papilar com incisões dos prolongamentos medial e lateral da técnica por incisão circular com prolongamentos inferior, superior, lateral e medial. Em A, visão esquemática. Em B, fotografia intraoperatória.

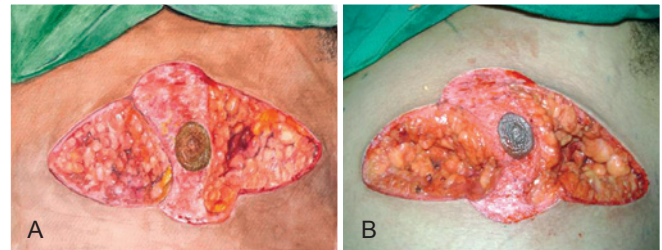


Figura 4 – Áreas medial e lateral ressecadas da técnica por incisão circular com prolongamentos inferior, superior, lateral e medial. Em A, visão esquemática. Em B, fotografia intraoperatória.

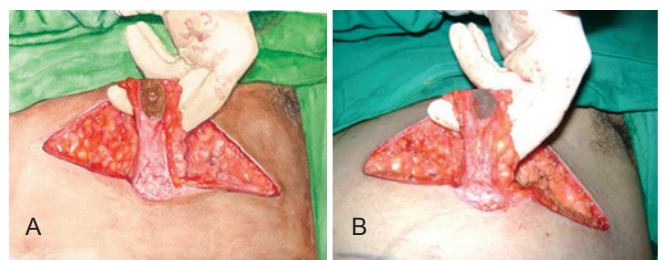


Figura 5 – Retalho bipediculado do complexo aréolo-papilar (alternativa 1) da técnica por incisão circular com prolongamentos inferior, superior, lateral e medial. Em A, visão esquemática. Em B, fotografia intraoperatória.

A Figura 8 demonstra a prevalência das causas de ginecomastia no grupo de pacientes avaliados neste trabalho, enquanto a Figura 9 ilustra a classificação das etiologias de ginecomastia segundo as faixas etárias.

Na Figura 10, é apresentada a distribuição das técnicas de incisão empregadas neste trabalho.

Os exames laboratoriais não apresentaram nenhuma evidência de patologia associada à ginecomastia em todos os pacientes avaliados neste trabalho. Os exames anatomopatológicos confirmaram a presença de ginecomastia em todos os casos.

A Figura 11 associa as técnicas cirúrgicas empregadas com a classificação do grau de ginecomastia segundo Simon.

Nas Figuras 12 a 15, são apresentadas fotos de pré e pós-operatórios de 6 meses de alguns pacientes.

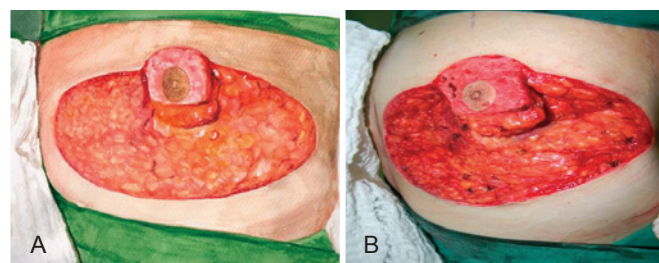


Figura 6 – Ressecção do pedículo inferior do complexo aréolo-papilar (alternativa 2) da técnica por incisão circular com prolongamentos inferior, superior, lateral e medial. Em A, visão esquemática. Em B, fotografia intraoperatória.

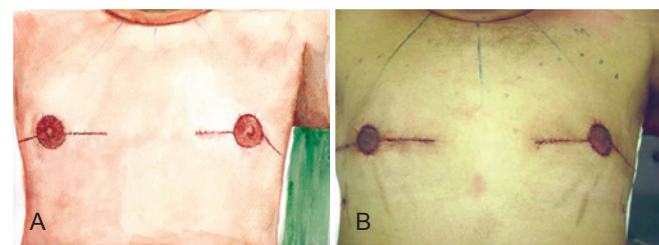


Figura 7 – Resultado pós-operatório imediato da técnica por incisão circular com prolongamentos inferior, superior, lateral e medial. Em A, visão esquemática. Em B, fotografia pós-operatória.

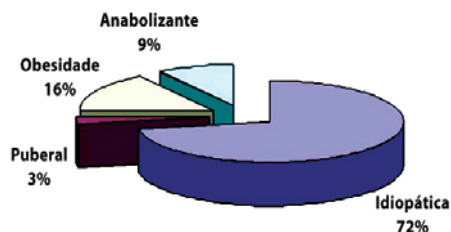


Figura 8 – Prevalência das causas de ginecomastia.

DISCUSSÃO

A principal causa de ginecomastia foi idiopática, também verificada por outros autores^{3,7}, seguida pela obesidade e pelo uso de esteroides anabolizantes. Essas duas últimas causas refletem em parte o perfil da sociedade moderna, em que o ganho excessivo de peso pode estar associado ao estilo de vida sedentário ou distúrbios decorrentes dele, como ansiedade, depressão e outros. Por outro lado, o uso de drogas com finalidade estética representa a rapidez e a facilidade com que se pretende modificar a aparência de forma desequilibrada. Foi verificado que a obesidade é a segunda maior causa de ginecomastia em todas as faixas etárias, principalmente nos pacientes até 20 anos de idade. Acima dessa idade, os esteroides anabolizantes dividem a segunda posição como a maior causa de prevalência de ginecomastia.

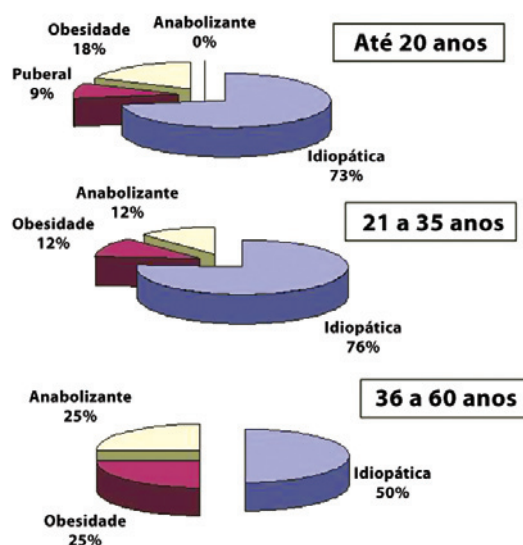


Figura 9 – Causas de ginecomastia de acordo com a faixa etária dos pacientes.

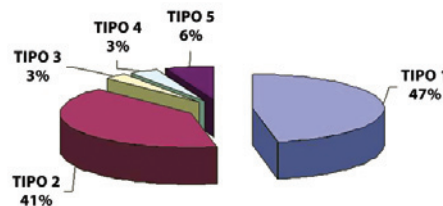


Figura 10 – Distribuição das técnicas de incisão: tipo 1 = técnica por incisão periareolar inferior proposta por Webster; tipo 2 = técnica por incisão periareolar circular; tipo 3 = técnica por incisão periareolar inferior com prolongamentos superior, lateral e medial; tipo 4 = técnica por incisão periareolar circular com prolongamento transversal lateral; e tipo 5 = técnica por incisão circular com prolongamentos inferior, superior, lateral e medial.

A técnica mais utilizada para correção de ginecomastia neste estudo foi a incisão periareolar inferior proposta por Webster, pois a maioria dos pacientes não apresentava

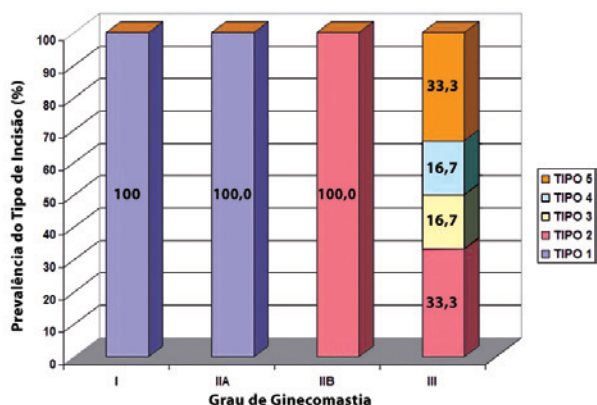


Figura 11 – Correlação entre a prevalência das técnicas de incisão empregadas e a classificação do grau de ginecomastia segundo Simon. Tipo 1 = técnica por incisão periareolar inferior proposta por Webster; tipo 2 = técnica por incisão periareolar circular; tipo 3 = técnica por incisão periareolar inferior com prolongamentos superior, lateral e medial; tipo 4 = técnica por incisão periareolar circular com prolongamento transversal lateral; e tipo 5 = técnica por incisão circular com prolongamentos inferior, superior, lateral e medial.

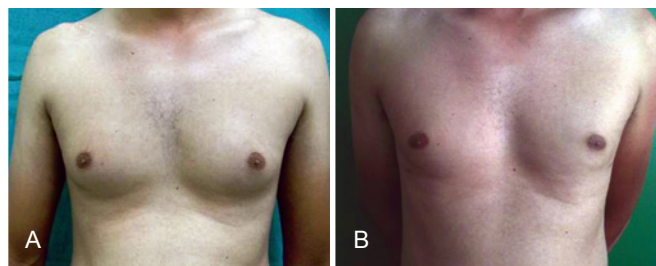


Figura 12 – Paciente TB, grau de ginecomastia IIA, técnica por incisão periareolar inferior. Em A, aspecto pré-operatório. Em B, aspecto pós-operatório em 6 meses.

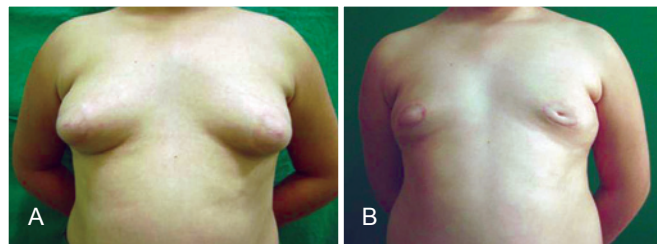


Figura 13 – Paciente DT, grau de ginecomastia III, técnica por incisão periareolar circular. Em A, aspecto pré-operatório. Em B, aspecto pós-operatório em 6 meses.

excesso de pele associado à ginecomastia. Essa é uma técnica simples, que permite a obtenção de cicatriz de boa qualidade e, na maioria dos casos, pouco perceptível, aplicada para a classificação de Simon graus I e IIA. Todos os pacientes ficaram satisfeitos com o resultado estético aos 6 meses de pós-operatório, o que é justificado pelo pequeno tamanho necessário para a incisão e sua localização.

Nos casos em que a excisão do excesso de pele foi necessária, a técnica cirúrgica mais empregada foi a incisão periareolar circular, para atender a mais de 40% dos pacientes com graus de ginecomastia IIB e III. Essa técnica requer cuidado cirúrgico adicional, para que a cicatriz fique aceitável. Essa técnica apresentou o maior número de complicações (38,5%), como cicatriz hipertrófica e queloidiana, que correspondeu a 60% das complicações. As reclamações ocorreram principalmente por parte dos pacientes em que a causa da ginecomastia foi a obesidade e o peso do material retirado das mamas foi superior a 100 g. Essas complicações foram associadas à realização de atividades físicas precoces pelos pacientes, o que gerou aumento da tensão na cicatriz, levando a deiscência, hipertrofia e queloide. Com o objetivo de prevenir futuras complicações nos demais pacientes, o cirurgião começou a aplicar maior número de pontos subdérmicos e a reforçar as recomendações pós-operatórias.

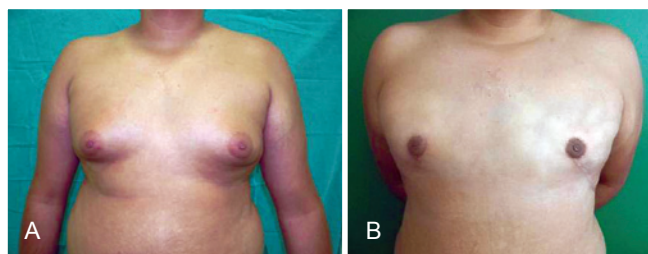


Figura 14 – Paciente LF, grau de ginecomastia III, técnica por incisão periareolar circular com prolongamento transversal lateral. Em A, aspecto pré-operatório. Em B, aspecto pós-operatório em 6 meses.



Figura 15 – Paciente DF, grau de ginecomastia III, técnica por incisão circular com prolongamentos inferior, superior, lateral e medial. Em A, aspecto pré-operatório. Em B, aspecto pós-operatório em 6 meses.

Nos casos classificados como grau III de Simon, com excesso de pele mais exacerbado, as outras técnicas mais elaboradas foram utilizadas, inclusive a modificação proposta, que é a técnica por incisão circular com prolongamentos inferior, superior, lateral e medial. Essa nova contribuição cirúrgica foi a que permitiu maior remoção do excesso do tecido dermocutâneo glandular e gorduroso, na experiência do cirurgião, atuando de forma preventiva à insatisfação do paciente. Todos os pacientes submetidos ao tratamento da ginecomastia com emprego das técnicas de incisão descritas nos itens 3, 4 e 5 ficaram satisfeitos com o resultado cirúrgico aos 6 meses de pós-operatório, em decorrência da maior experiência no fechamento da cirurgia com a aplicação de maior número de pontos subdérmicos, prevenindo danos na cicatrização. Os pacientes foram orientados para melhor colaboração em suas atividades de recuperação, entre elas evitar o esforço físico e não elevar os braços acima dos ombros no período mínimo de 20 dias, bem como uso do colete de malha compressiva por pelo menos 30 dias.

CONCLUSÕES

A abordagem cirúrgica aplicada para o tratamento da ginecomastia utilizada neste trabalho variou de acordo com a classificação de Simon e permitiu concluir que, nos casos em que não houve a necessidade de ressecção de pele, a técnica por incisão periareolar inferior proposta por Webster foi a melhor escolha. Quando existia excesso de pele, a técnica escolhida variou de acordo com a quantidade do tecido a ser ressecado. Todas as técnicas consagradas apresentaram sua importância e eficácia na correção da ginecomastia; porém, nos casos em que uma maior ressecção do tecido mamário no polo inferior foi necessária, a técnica modificada, na experiência do autor deste trabalho, foi a que apresentou melhor resultado estético e grau de satisfação dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Daniels IR, Layer GT. Gynaecomastia. *Eur J Surg*. 2001;167(12):885-92.
2. Hassan HC, Cullen IM, Casey RG, Rogers E. Gynaecomastia: an endocrine manifestation of testicular cancer. *Andrologia*. 2008;40(3):152-7.
3. Ridha H, Colville RJ, Vesely MJ. How happy are patients with their gynaecomastia reduction surgery? *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2009;62(11):1473-8.
4. Steele RS, Martin MJ, Place RJ. Gynecomastia: complications of the subcutaneous mastectomy. *Am Surg*. 2002;68(2):210-3.
5. Kaneda Y, Fujii A. Gynecomastia with sulpiride. *J Clin Pharm Ther*. 2002;27(1):75-7.
6. Johnson RE, Murad MH. Gynecomastia: pathophysiology, evaluation, and management. *Mayo Clin Proc*. 2009;84(11):1010-5.
7. Autorino R, Perdonà S, D'Armiento M, De Sio M, Damiano R, Cosentino L, et al. Gynecomastia in patients with prostate cancer: update in treatment options. *Prostate Cancer Prostatic Dis*. 2006;9(2):109-14.
8. Coshun A, Duzgun SA, Bozer M, Akinci OF, Uzunkoy A. Modified technique for correction of gynaecomastia. *Eur J Surg*. 2001;167(11):822-4.
9. Rosewater S, Gwinup G, Hamwi GJ. Familial gynecomastia. *Ann Intern Med*. 1965;63:377-85.
10. Einav-Bachar R, Philip M, Aurbach-Klipper Y, Lazar L. Prepubertal gynecomastia: aetiology, course and outcome. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2004;61(1):55-60.
11. Kaiyadan F, Gopinath S, Jayasree MG, Parmar C. Finasteride-induced gynecomastia. *Indian J Dermatol Venerol Leprol*. 2009;75(3):309-10.
12. Caocci G, Atzeni S, Orru N, Azzena L, Martorana L, Littera R, et al. Gynecomastia in a male after dasatinib treatment for chronic myeloid leukemia. *Leukemia*. 2008;22(11):2127-8.
13. Freitas AG, Mélega JM. Ginecomastia. In: Mélega JM, eds. *Cirurgia plástica: fundamento e arte. Cirurgia reparadora de troncos e membros*. São Paulo: MEDSI; 2002. p.19-27.
14. Camargos AG, Ferreira EM, Ferreira FPM, Lima JCSA. Correção de ginecomastia pela via periareolar circular: uma alternativa para ressecção do excesso de pele. *Rev Soc Bras Cir Plást*. 2007;22(2):107-15.
15. Cunha MTR, Bento JFG, Bozola AR. Periareolar mammaplasty for treatment of gynecomastia with breast ptosis and excess skin. *Int J Cosm Surg Aesth Derm*. 2004;5(2):178-84.
16. McKissock PK. Reduction mammaplasty by the vertical bipedicle flap technique: rationale and results. *Clin Plast Surg*. 1976;3(2):309-20.

Correspondência para:

Mário Múcio Maia de Medeiros
Hospital Belo Horizonte
Av. Antônio Carlos, 1.694 – Térreo – Sala 13 – Cachoeirinha – Belo Horizonte, MG, Brasil – CEP 31210-010
E-mail: mariomaia.plastica@gmail.com