

Ginecomastia

Ginecomastia é o aumento da mama do homem. Na puberdade ela pode ocorrer transitoriamente mas, no adulto, surge como resultado de diversas patologias como cirrose hepática, tumor intersticial de testículo e outras patologias associadas com o aumento de estrogênios circulantes. Está relatada, também, entre atletas que fazem uso de anabolizantes. O aumento do volume da mama leva a problemas de ordem emocional pela identificação com feminilidade.

Na hanseníase a ginecomastia é achado freqüente nos casos bacilares. Num estudo recente, ROY (1984) refere ginecomastia em 19,24% de um grupo de 790 pacientes. A ginecomastia é mais prevalente no lado virchoviano do espectro, podendo ser encontrada com muito menos freqüência nos casos dimorfos, próximos ao lado tuberculóide. Além do incômodo estético e psicológico, clinicamente a ginecomastia pode se manifestar com dor.

FISIOPATOLOGIA

Histologicamente, a ginecomastia é devida à proliferação de tecido conectivo periductal e de tecido glandular, assim como pela deposição de tecido adiposo. O atento exame clínico por palpação pode aquilatar a proporção de tecido glandular e adiposo que compõem o aumento da mama. Estas alterações seriam primariamente decorrentes do comprometimento

testicular pelo *M.leprae*. Durante os estados reacionais, as orquites são freqüentes, com conseqüente atrofia testicular, associadas a disfunções sexuais. De fato, a ginecomastia é mais comum em pacientes com maior número de episódios de eritema nodoso (ENL) (ROY, 1984). Ainda que não exista uma comprovação satisfatória, aceita-se que os distúrbios hormonais e o excesso de estrogênio, decorrentes deste envolvimento testicular, sejam responsáveis pelo surgimento da ginecomastia nestes pacientes.

TRATAMENTO

Os casos de hanseníase tratados precocemente tendem a apresentar ginecomastia em proporção muito menor do que os que iniciaram o tratamento tardiamente. Para os que apresentam ginecomastia estabelecida, a solução de escolha é exereses cirúrgica do excesso de tecido adiposo e glandular.

O principal problema nesta cirurgia é praticar uma incisão de abordagem que permita um acesso satisfatório e deixe uma cicatriz mínima. São muitos os casos de distúrbios psicológicos, mais severos que o da própria ginecomastia, em pacientes operados por meio de incisões transversas submamárias que, além de serem inestéticas, deixam uma marca indelével da patologia pré-existente.

Neste sentido, diversos autores têm proposto diferentes métodos de abordagem. mais tradicional e utilizado é o sugerido por DUFOURMENTEL (1928) e difundido por WEBSTER (1946) em que o acesso à ablação do tecido se faz por uma incisão periareolar (Fig. 22.1)(a). Seguindo Webster, outros autores apresentaram modificações desta incisão, sempre no intuito de deixá-la menos conspícua e com melhor acesso ao tecido mamário. PITANGUY (1966) propôs sua incisão transareolar (Fig.22.1)(b), Zinder (PIZA, 1983) estendeu a incisão de Pitanguy transformando-a em um "Z" dentro dos limites da aréola (Fig. 22.1)(c).

Sem dúvida, estas incisões se destinam às ginecomastias de pequeno e médio volume. Nos casos mais severos, necessita-se não só de um melhor acesso como também exige-se a ressecção de porções de pele excedente. Para estas situações, podemos indicar uma incisão submamária que permite um bom acesso ao

tecido mamário e ressecções de pele. Entretanto em muitos casos há necessidade de ressecar-se uma quantidade de pele que interferiria com a posição normal da aréola. Uma das soluções para estes casos é realizar uma ressecção elíptica de pele e fazer um transplante livre de aréola (WRAY,1974). A grande desvantagem das incisões submamárias é a de identificar o paciente com uma cirurgia na mama, o que mantém ainda algum estigma para ele. Dentro deste princípio, diversos autores tentaram solucionar os problemas inerentes. As médias e grandes ginecomastias por via cirúrgica que não a submamária. As principais técnicas desenvolvidas para este fim estão baseadas na colocação de incisões longe da mama ou pela transposição da aréola com pedículo subcutâneo ou dérmico, semelhante ao princípio utilizado na mamoplastia redutora feminina. DAVIDSON (1979) apresenta uma técnica dos círculos concêntricos, em que uma

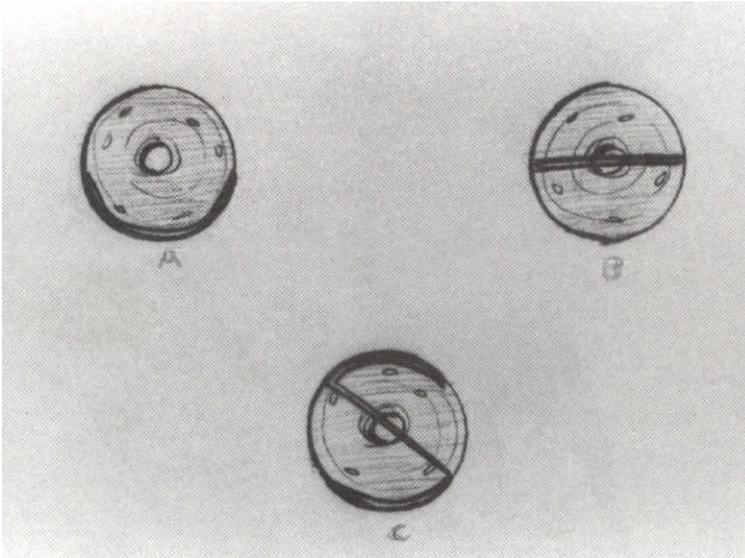


FIG. 22.1 (a) Webster; (b) Pitanguy; (c) Piza

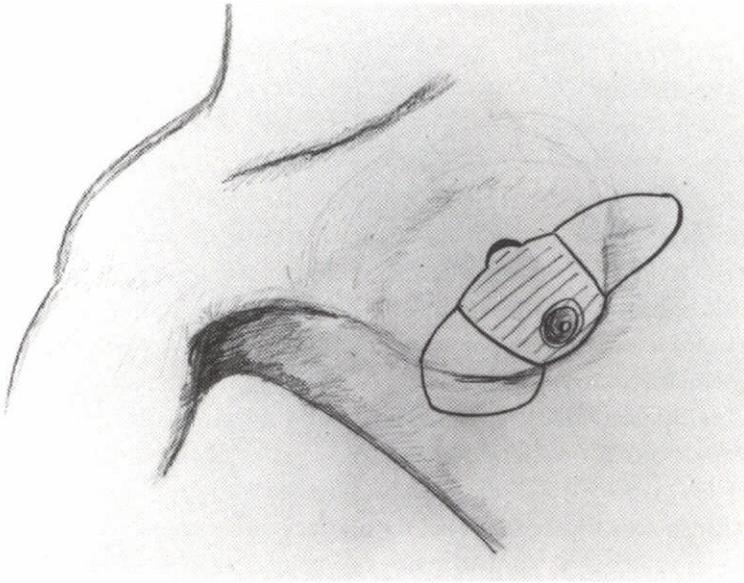


Fig. 22.2 Desenho para a Técnica Bretteville-Jensen.

faixa de pele circunferencial é retirada em torno da aréola. A parte superior atua como pedículo para a aréola e a parte inferior é ressecada para permitir o acesso aos tecidos. SAAD (1983) modifica ligeiramente esta técnica, fazendo apenas uma incisão no limite inferior da faixa de pele desepitelizada. PIZA (1983) apresenta uma incisão que se estende por meio centímetro atrás e ao longo do bordo do músculo grande peitoral. Ainda que conspícua, tem a vantagem de estar a certa distância da mama, o que permite não associá-la com uma cirurgia na mama. VALADÚO (1984) apresenta outra técnica, que permite um acesso amplo aos tecidos, utilizando moldes com um mesmo desenho em diferentes tamanhos. O próprio desenho já inclui a retirada de pele redundante, e a sutura final dispõe-se como a de Webster, com dois prolongamentos acessórios.

Esta tentativa de solucionar a questão da posição da aréola e a localização da incisão

torna-se mais crucial quanto maior for a ginecomastia. Nestes casos, os desenhos que deixam uma linha de incisão oblíqua em direção lateral são mais indicados. LETTERMAN (1972) propõe um desenho com rotação de um retalho dérmico, que contém a aréola e a ressecção de tecidos, e é feita por uma ampla incisão que resulta numa linha lateral. Nos casos de mamas pendulares, com grande componente de pele redundante podemos utilizar o desenho de BRETTEVILLE-JENSEN (1975). Está baseado em deixar a aréola sobre um retalho dérmico bipediculado e fazer ressecções de pele e tecido glandular ao redor desta ponte. No final, a aréola é suspensa e posicionada num ponto sobre o quarto arco costal, a 10 ou 12 cm lateral à linha média. A incisão final é bastante longa (Fig. 22.2).

A introdução da técnica de lipoaspiração veio auxiliar a resolução da ginecomastia. O uso exclusivo da lipoaspiração foi sugerida

como técnica para a correção integral da ginecomastia, incluindo a sucção de parênquima mamário (ROSEMBERG, 1987). No entanto ela parece melhor indicada como complementação das técnicas convencionais (COHEN, 1987). Na realidade, podemos esperar bons resultados nas chamadas falsas ginecomastias, isto é, naquelas em que o componente de tecido adiposo é predominante. Nas ginecomastias verdadeiras, com hipertrofia glandular, a lipoaspiração auxilia não só na aspiração de tecido adiposo como facilitando o acabamento do contorno torácico na região mamária (PITANGUY, 1986).

O uso da liposucção em hanseníase é recente mas, pela similaridade com outras etiologias, pode ser utilizado (DE PAOLA, 1988). A técnica básica de Webster compreende uma incisão periareolar e semicircular. Levanta-se o retalho de aréola deixando-se uma porção de tecido glandular e adiposo aderido, para prevenir o sofrimento vascular e evitar a retrusão da aréola no pós-operatório. Com tesoura romba divulsionam-se os tecidos, tendo em mente um cone com ápice na aréola e base sobre a fascia do músculo grande peitoral. Se o volume de tecido for muito grande, podemos bipartir o conjunto para facilitar sua retirada pela pequena incisão areolar. Uma vez retirada a peça, procede-se a uma atenta hemostasia da cavidade restante. Para tal, aplicam-se dois afastadores que o auxiliar rota à medida que o

cirurgião procede à inspeção da cavidade. A sutura da aréola é feita com pontos em "U", com fio de náilon, tomando-se cuidado para que o nó da sutura fique sobre a pele areolar. Em se tratando de uma cirurgia com grande descolamento e deixando um espaço virtual importante, convém utilizar drenagem. O curativo é feito com uma gaze úmida em soro fisiológico sobre a ferida operatória e apósitos cirúrgicos grandes (folhas de algodão hidrófilo envoltas em gaze). O conjunto é mantido firmemente aderido ao tórax por ataduras de crepon ou, preferentemente, ataduras adesivas tipo porelast. O dreno pode ser retirado em 24 ou 48 horas e as suturas são removidas no oitavo dia. A compressão na região operada deve ser mantida durante 3 a 4 semanas, visando uma boa aderência dos tecidos ao plano aponeurótico, evitando enrugamento da pele ou retrações da aréola (Fig. 22.3).

As principais complicações são sofrimento vascular da aréola e hematoma. No primeiro caso, o manuseio delicado desta estrutura e o cuidado em deixar algum tecido glandular e adiposo aderido à aréola, no momento do descolamento, previnem esta complicação.

Uma das vantagens das incisões extra-areolares é o de não apresentar este tipo de complicação. O hematoma pode ser prevenido pela adequada hemostasia e uso de drenagem. Se ocorrer, deve ser drenado cirurgicamente.

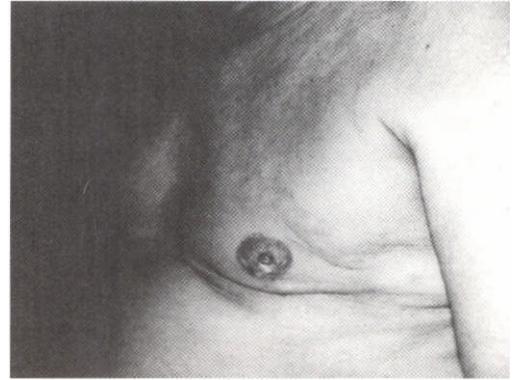
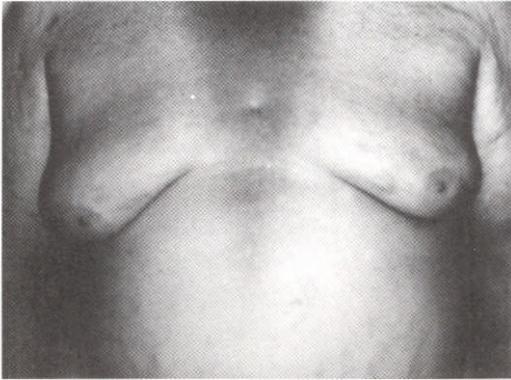


Fig. 22.3 Pré e pós operatório. Técnica de Webster.

BIBLIOGRAFIA

- B. RETTEVILLE-JENSEN, G. Surgical treatment of gynecomastia. *British Journal of Plastic Surgery*, 28: 177-180, 1975.
- COHEN, I.K. Gynecomastia: suction lipectomy as a contemporary solution (discussion). *Plast Reconstr Surg*, 80:386, 1987.
- DASS, J., et al. Androgenic status of leproumatous leprosy patients with gynecomastia. *Int. J. Lepr.*, 44: 469-474, 1976.
- DAVIDSON, B.A. Concentric circle operation for massive gynecomastia to excise the redundant skin. *Plast Reconstr Surg*, 63: 350-354, 1979.
- De PAOLA, D.Q. Gynecomastia in hansen's disease - liposuction versus conventional surgical procedures. *Quaderni di Cooperazione Sanitaria, Bologna*, 9: 340, 1988.
- DUFOURMENTEL, L. L'incision aréolaire dans la chirurgie du sein. *Bull et Mem Soc Chir, Paris*, 29: 9, 1928.
- DURNESS, A.L. The testis in leprosy. *Ind. J. Med. Sci.*, 11: 506., 1956.
- HERRMANN, W.L.; BUCKNER, F. & BASKIN, A. Interstitial cell tumor of the testis with gynecomastia. *J. Clin. Endocrinol.*, 18: 834, 1958.
- JOB, C.K. Gynaecomastia and leprous orchitis - a preliminary study. *Int. J. Lepr.*, 29: 423-441, 1961.
- JOB, C.K.; KARAT, A. B. A. & KARAT, S. Gynaecomastia in leprosy. *Lepr. Rev.*, 38: 45-48, 1966.
- JOB, C.K. & MACADEN, V.P. Leprous orchitis in reactional borderline cases. *Int. J. Lepr.*, 31: 273-279, 1963.
- KANAKARAJ, J.D. Plastic surgery in the rehabilitation of the leprosy patient with special reference to the problem of the testis. *Lepr. Rev.*, 25: 87, 1954.
- KIN NEAR, A.A. & DAVISON, A.R. Hormone excretion and liver function in the gynecomastia of leprosy. *Int. J. Lepr.*, 25: 110, 1957.
- KLEINFELTER, H. F.; JR. REIGENSTEIN, E. C. & JR. ALBRIGHT, F. Syndrome characterized by gynecomastia, aspermatogenesis without a heydigism and increased excretion of follicle stimulating hormone. *J. Clin. Endocrinol.*, 2: 615, 1942.
- LETTERMAN, G. & SCHURTER, M. Surgical correction of massive gynecomastia. *Plast. Reconstr. Surg.*, 49: 259-262, 1972.
- LEVIS, W.R., et al. Testicular dysfunction in leprosy: relationships of FSH, LH and testosterone to disease classification, activity and duration. *Lepr. Rev.*, 60: 94-101, 1989.

194 Cirurgia Reparadora e Reabilitação em Hanseníase

- MARTIN, F.I.R., et al. Leprous endocrinopathy. *Lancet*, 2: 1320, 1968.
- PAREEK, S.S. & AL-NOZHA, M. *Mycobacterium leprae* in seminal fluid: a case report. *Lepr.Rev.*, 56:49-50, 1985.
- PEDLEY, J.C. The presence of *M. leprae* in human milk. *Lepr.Rev.*, 38: 239-242, 1967.
- PEDLEY, J.C. Presence of *M. leprae* in the nipple secretion and lumina of the hypertrophied mammary gland. *Lepr.Rev.*, 39: 67-70, 1968.
- PEDLEY, J.C. The presence of *M. leprae* in the breast secretion of a non-lactating woman with lepromatous leprosy. *Lepr.Rev.*, 39: 111-112, 1968.
- PEDLEY, J.C. The presence of *M. leprae* in the lumina of the female mammary gland. *Lepr.Rev.*, 39: 201-202, 1968.
- PITANGUY, I. Transareolar incision for gynecomastia. *Plast. Reconstr. Surg.*, 38: 414, 1966.
- PITANGUY, I. Ginecomastia. *Rev.bras.Cir.*, 76: 311-320, 1986
- PIZA, B.T. Nova incisão na correção da ginecomastia. *Rev.bras.Cir.*, 73: 93-94, 1983.
- REA, T.H. A comparative study of testicular involvement in lepromatous and borderline lepromatous leprosy. *Int.J.Lep.*, 56: 383-388, 1988.
- REE, G.H., et al. Hormonal changes in human leprosy. *Lepr.Rev.*, 52: 121-126, 1981.
- ROLLIER, R. & REBOUL, E. La gynaecomastie lepreuse: etude préliminaire. *Int. J. Lep.*, 27: 221, 1959.
- ROSEMBERG, G.J. Gynecomastia: suction lipectomy as a contemporary solution. *Plast Reconstr Surg.*, 80: 379-385, 1987.
- ROY, R.G.; KAR, H.K. & MURTHY, N.N. Gynecomastia in leprosy in three districts of Tamil Nadu. *Indian Journal of Leprosy.*, 56: 578-582, 1984.
- SAAD, M.N. An extended circumareolar incision for breast augmentation and gynecomastia. *Aesth Plast. Cir.*, 7: 127-128, 1983.
- SHILO, S., et al. Gonadal function in lepromatous leprosy. *Lepr.Rev.*, 52: 127-134, 1981.
- TILAK, C.T. Acute epididymo-orchitis in lepromatous leprosy. *Lepr.Rev.*, 39: 31-36, 1968.
- TREVES, N. Gynaecomastia: the origins of mammary swelling in the male and analysis of 406 patients with breast hypertrophy, 525 with testicular tumors, and 13 with adrenal neoplasms. *Cancer*, 11: 1083, 1958.
- VALADÚO, C. Ginecomastia- apresentação de nova técnica. *Rev.bras.Cir.*, 74: 15-16, 1984.
- WADE, H. W. Lesions of testis (editorial). *Int.J.Lep.*, 31: 363, 1963.
- WEBSTER, J.P. Mastectomy for gynecomastia through a semicircular incision. *Ann.Surg.*, 124: 557-575, 1946.
- WEBSTER, J.P. Mastectomy through an infra-areolar incision. *Ann. Surg.*, 124: 557, 1946.
- WRAY Jr, R.C.; HOOPES, J.E. & DAVIS, G.M. Correction for extreme gynecomastia. *British Journal of Plastic Surgery*, 27: 39-41, 1974.