



## Diagnostica e Terapia Chirurgica della Ginecomastia

Fabio Pezzoni

Spec. in Chirurgia Vascolare-UNI Milano-Socio S.I.A.

Con il termine di ginecomastia s'intende una prominenza della ghiandola mammaria maschile per proliferazione non neoplastica dei dotti e dello stroma periduttale. Questa situazione, spesso di scarso significato fisiopatologico, provoca gravi problemi psicologici e di adattamento. L'incidenza è variamente stimata, ma da recenti indagini risulta essere alquanto comune. In uno studio (Nutall), una ginecomastia palpabile è stata riscontrata nel 36% di soggetti asintomatici appartenenti al gruppo di età compresa tra i 17 e i 58 anni.

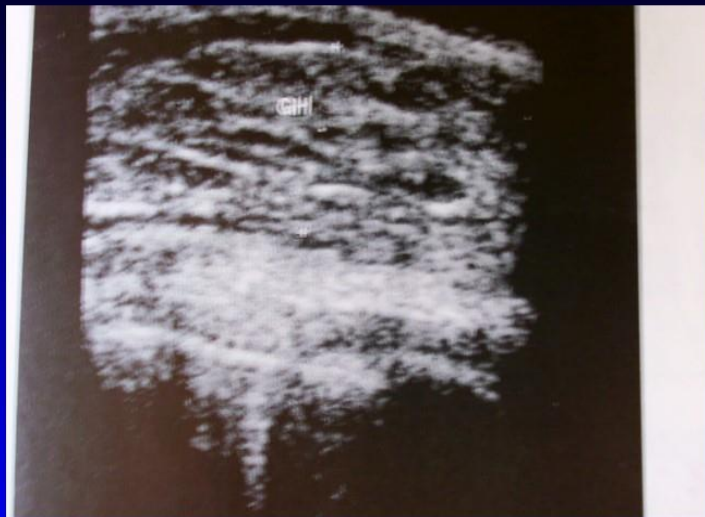
Clinicamente si parla di ginecomastia allorché sia rilevabile una massa palpabile e consistente del diametro di almeno due centimetri in sede sottoareolare (Nutall). Lo specialista riscontra agevolmente una abnorme prominenza della areola mammaria e la palpazione ne dimostra la consistenza duro-elastica, talora suscitando dolore. In altri casi la mammella presenta un progressivo aumento di volume che si estende oltre l'areola con le medesime caratteristiche del seno femminile in epoca puberale. Solitamente la ginecomastia è bilaterale, ma non sono infrequenti le forme unilaterali, con prevalenza della mammella sinistra. Le cause delle ginecomastie sono molteplici, ma è utile sottolineare l'esistenza di almeno tre tipi di "ginecomastia fisiologica": quella del **neonato**, dovuta all'azione degli ormoni materni giunti al feto per via transplacentare, quella della **pubertà** (presente in circa il 40% dei ragazzi normali, che regredisce spontaneamente dopo qualche mese, a patogenesi ancora non completamente chiarita), quella del **climaterio maschile**, in uomini di età in genere superiore ai 65 anni, da alterato rapporto tra estrogeni e androgeni.

**Tipi di ginecomastia:** la ginecomastia può essere **ghiandolare**, nella quale l'aumento di tessuto è dovuto a ipertrofia della ghiandola mammaria; **grassa**, cioè **pseudo-ginecomastia** o **adipomastia**, nella quale la proliferazione del tessuto adiposo è in relazione spesse volte con l'obesità concomitante; **mista**, dove la componente centrale ghiandolare è contornata da tessuto adiposo abnorme. Si distinguono tre tipi istologici di ginecomastia (Rodriguez-Rigau) 1. Tipo florido: il tessuto contiene un aumentato numero di dotti, edema periduttale e presenza di uno stroma ipercellulare fibroblastico, accompagnato da tessuto adiposo 2. Tipo fibroso: i dotti sono dilatati, c'è scarsa o moderata proliferazione epiteliale, mancano edema periduttale e tessuto adiposo. Lo stroma è costituito da tessuto fibroso acellulare 3. Tipo intermedio: i due patterns sopra esposti appaiono combinati insieme. In genere la ginecomastia di durata inferiore ai 6 mesi risulta di tipo florido, mentre oltre l'anno sarebbe comunemente di tipo fibroso e conseguentemente difficilmente potrà

scompare.



Ginecomastia vera in fase florida :disco ipoecogeno di vario spessore (spessore >8mm.)



Ginecomastia in fase di stato : corpi ghiandolari ingranditi indistingibili da quelli della femmina adulta



Quando la ginecomastia insorge prima e/o dopo la pubertà, si impone una consulenza specialistica Andrologica/Endocrinologica; se permane dopo la pubertà, in genere il trattamento risolutivo è l'asportazione chirurgica della ghiandola mammaria in eccesso.

### **Cause (principali) della ginecomastia:**

- endocrine:** testicolari, surrenaliche, tiroidee, paratiroidee, ipotalamico/ipofisarie
- indotte da farmaci:** estrogeni, androgeni, steroidi, metil dopa, reserpina, cimetidina, spironolattone, metadone, marijuana
- tumorali:** testicolari, surrenalici, corioncarcinomi, carcinoma broncogeno, epatico, linfomi, leucemia, etc.
- metaboliche varie:** es.cirrosi
- familiari**
- idiopatiche**

In un certo numero di pazienti Andrologici può essere un sintomo di ipogonadismo, per difetto di produzione di testosterone o il risultato dell'effetto di vari farmaci (es. estrogeni, digitale, antiblastici), tutti farmaci che provocano **iperprolattinemia**; in altri casi è dovuta ad un'abnorme attività di recettori ormonali per gli estrogeni, normalmente prodotti anche dal maschio(aromatasi),a discapito degli androgeni (testosterone),in pz anziani e/o affetti da insufficienza epatica (es alcolisti).

Questa condizione a volte può portare ad un cambiamento parziale delle abitudini di vita (vacanze in montagna piuttosto che al mare, per non spogliarsi; evitare magari la palestra, etc.) e magari può essere causa concomitante di ansia da prestazione con eventuale ripercussione sulla funzione erettile e induzione di uno stato depressivo reattivo.

Dal punto di vista **diagnostico** il paziente viene accuratamente studiato con esami ematochimici/ormonali, etc. e assolutamente con **ecografia mammaria** e relative misurazioni della mammella al fine di valutare e quantificare le percentuali di ghiandola e/o adipe. Mandatorio eseguire

## Ginecomastia



## Adipomastia (pseudoginecomastia)

↓  
dieta ipocalorica

↓  
riduzione volume addominale

↓  
maggiore evidenza adipomastia:  
(con ptosi mammaria o meno)

Le **tecniche chirurgiche** comprendono essenzialmente l'**exeresi** della ghiandola e la **lipoaspirazione**, in genere limitata al tessuto adiposo periferico.

## Terapia

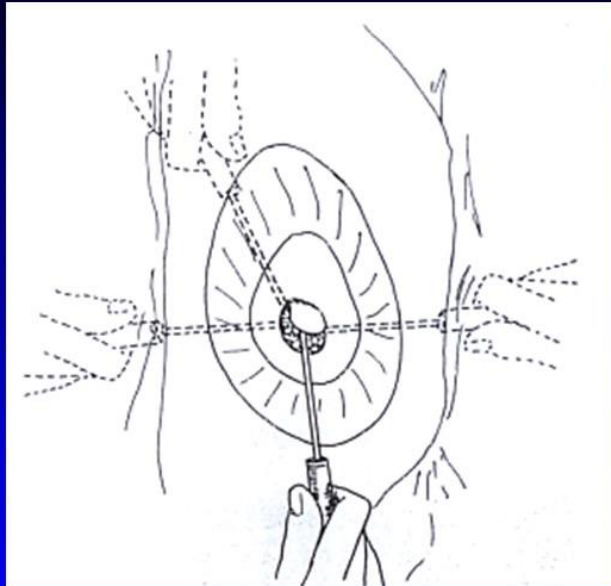
- |                      |  |
|----------------------|--|
| → ginecomastia vera  | → exeresi ghiandolare                            |
| → ginecomastia mista | → exeresi ghiandolare<br>+ eventuale liposuzione |
| → pseudoginecomastia | → liposuzione                                    |

### Strategia del decorso post-operatorio:

- eventuale drenaggio in aspirazione-bendaggi adesivi compressivi o tutori personalizzati poi eventuali:
- massaggi linfodrenanti
- ultrasuonoterapia
- endermologie.



**Incisione emiciclica periareolare inferiore**



**Lipoaspirazione del tessuto adiposo periferico dopo  
l'exeresi della ghiandola**

## GINECOMASTIA

PRE-OP



POST-OP



PRE-OP



POST-OP



loUemo  
in salute