

Sociedade de Medicina

Presidente: Prof. OTAVIO DE SOUZA

Secretarios: Prof. TOMAZ MARIANTE
Dr. NINO MARSIAJ

Comunicações

Ginecomastia unilateral primitiva

por

Jacinto Godoi e D. Soares de Souza

A. D. P. com 19 annos de idade, branco, solteiro, lavrador, natural deste Estado, baixou ao nosso serviço no Hôspital São Pedro sob a pap. 3148. Motivou a internação um estado de confusão mental onírica.

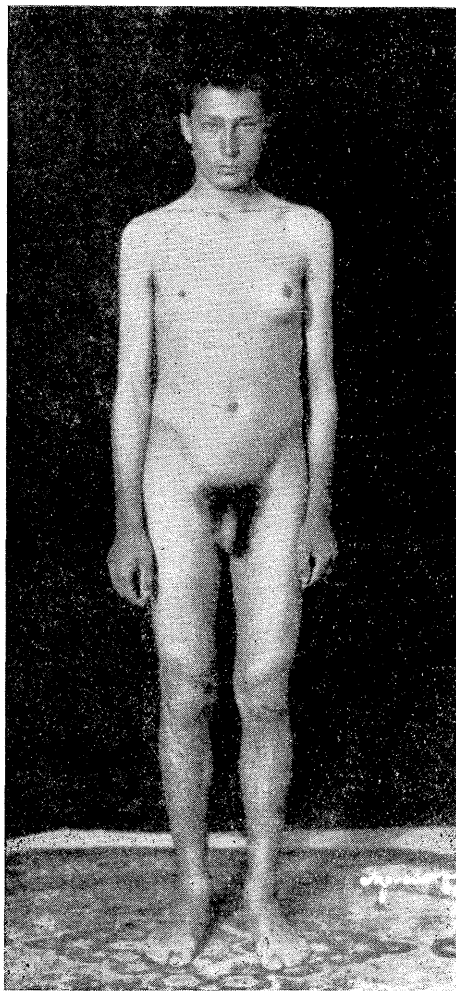
E' um rapaz alto, magro com membros longos e frageis. O rosto conformado em losango com predominancia lateral das arcadas zigomaticas traz, em linhas suaves, uma expressão androginoide. A cabeça levemente oval apresenta cabelos lisos, abundantes de um louro mate. A testa curta desce verticalmente e se termina em arcadas orbitarias salientes. Supercilios regulares. As orelhas são um tanto despegadas do craneo e com lobulos adherentes. Um nariz fino, longo, com narinas adelgaçadas em cima e boca pequena, polpuda e contraída. Queixo forte, bi-partido. No labio superior e mento, penugem. Pelos mais grossos á barba. Os olhos pequenos têm uma expressão de timidez. Iris azul. O tronco desce em linhas paralelas e se continua sem demarcação da cintura com uma bacia alargada. Tipo longilinio. Orgãos sexuais normalmente desenvolvidos. Pelos abundantes ao pubis; mais raros nas axilas. Pele lisa, macia e de um rosa palido.

No hemitorax esquerdo, o paciente apresenta um seio grande como um punho que se eleva em contraste acentuado com o outro hemitorax inteiramente chato. E' discoidal, curvo e gracioso como o de uma rapariga recem pubere. Sobre o seio a areola parda é mais pigmentada que a do lado oposto. Tuberculos de Morgagni e pelos disseminados na areola. Um mamilo chato maior que o do lado oposto, completa o seio.

O desenvolvimento se iniciou quando o paciente contava apenas 12 anos de idade. Paulatinamente creceu e, ao atingir o paciente 15 anos, ganhára já o volume que apresenta atualmente. Dos 15 aos 19 permaneceu inalterado. A' apalpação sente-se a consistencia firme e a constituição lobular da glandula mamaria. A' pressão, gotas de serosidade brotam do mamilo. Dor espontanea e á pressão.

O lado esquerdo apresenta-se mais gracil que o direito. O osso

iliaco é um pouco mais baixo neste lado; á direita a nadega termina bem chanfrada e suavemente á esquerda.



Medidas: altura: 1m74. Peso 64 k. Índice cefalico 76,3 cm.-sub-dolicocefalo. Diametros: biacromial 32 cm., bitrocantariano 31,5 cm. bi-iliaco 28 cm. Bi-espinal 24 cm., comprimento do membro inferior 95 cm. comprimento do membro superior 75 cm. Mama: diametro transverso 13,5 cm. Diametro vertical 11 cm. Antero posterior 5,5 cm. Areola 25 mm. No hemitorax direito 18 mm. de diametro. Mamilo: 8 mm. no hemitorax direito 4 mm. de diametro. Pulso: 84. Tensão arterial 11/8. Reflexos normais R. O. C. positivo. Força muscular boa. Função sexual: o paciente não teve contato sexual; não se masturba.

Em nosso caso o diagnostico é bem facil: ginecomastia unilateral. O diagnostico diferencial com um processo de mamite se justificaria

nos primeiros tempos da hipertrofia da glandula. Presentemente entretanto não cremos que venha a ser util. Os elementos que nos oferecem o tempo decorrido (8 anos) dos primeiros sinais da hipertrofia até o estado atual, o desenvolvimento regular e paulatino, a permanencia do mesmo volume ha 5 anos, a extensão maior e pigmentação mais escura da areola, maior volume do mamilo e a constituição glandular que nos revela a apalpação são dados suficientes para confirmar o nosso diagnostico.

As ginecomastias quando aparecem durante o periodo puberal são acompanhadas geralmente de outros caracteres secundarios que denotam o sexo feminino. Em nosso paciente, a hipertrofia mamaria foi notada aos 12 anos. Era bem o periodo pré-pubere si não aceitarmos a precocidade puberal do paciente. Entretanto, exceptuado um leve aspecto androginoide mais nitido do lado esquerdo e para o qual muito coopera a expressão fisionomica do paciente, nada encontramos que denote o sexo oposto. Morfologicamente o nosso paciente, entra no tipo longilíneo da classificação de Pende. A quasi igualdade dos diametros bi-acromial e bi-trocantariano, as extremidades longas e frageis sem relevos musculares acusados, o paralelismo das linhas laterais de tronco, a deficiência do panículo adiposo completam a morfologia dando ao nosso paciente o aspecto de inconfundivel esbeltez característica do tipo longilíneo. A sua virilidade se afirma através órgãos sexuais regularmente desenvolvidos, sistema piloso bem distribuido e abundante, a voz grave. Assim, essa ginecomastia que se iniciou em um periodo de puberdade precoce não trouxe consigo, como habitualmente acontece, caracteres sexuais secundarios femininos acusados.

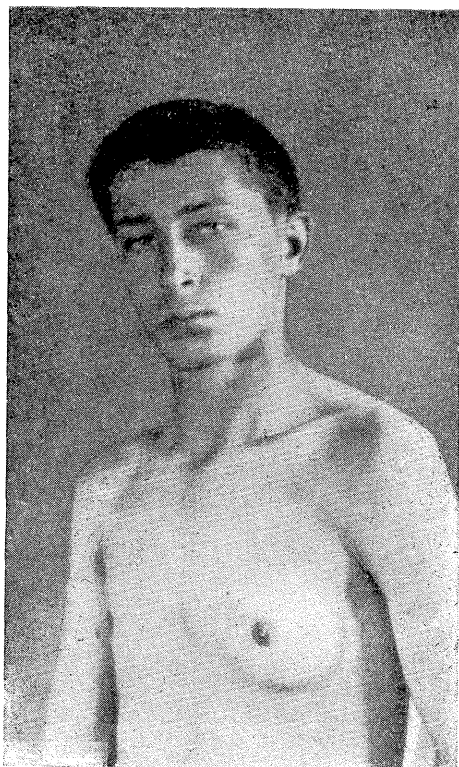
Como apareceu essa ginecomastia? De que provém?

As ginecomastias bi-laterais, como sabemos são raras. Muito mais o são entretanto as unilaterais. Alguns autores observaram casos de ginecomastia unilateral sobrevivendo em condições diversas que permitiram uma classificação como a que nos apresenta Decléty:

- 1) Formas primitivas ou essenciais
- 2) Formas secundarias (a) secundarias a lesões congenitas dos órgãos genitais
(b) secundarias a lesões adquiridas dos mesmos órgãos.

As ginecomastias classificaveis no segundo grupo propoem a questão das relações entre o desenvolvimento da glandula mamaria e a secreção interna do testiculo. O traumatismo testicular é uma causa relativamente frequente de ginecomastia. Os casos de Bouchereau, Baumgartner, Cockaine, Goullioud e Decléty ilustram essa asserção. Mas não só os traumatismos; tambem outras causas que lesam o testiculo tais os tumores do epididimo, varicoceles, orquites dão origem á ginecomastia. Essas causas não exgotam a patogenia da hipertrofia da glandula mamaria. E aqui deparam-se-nos interrogações: como age uma lesão testicular que dá origem a uma hipertrofia mamaria? Será anulando um reflexo inibidor de um hormonio como pensa Decléty? Será suspendendo temporariamente a ação de um harmozonio testicular? E poderemos falar na ação isolada do testiculo? Ou devemos am-

parar-nos á idéa de uma sinergia glandular? E que função desempenha o sistema nervoso vegetativo nessas manifestações? e qual a fecundidade do conceito de neuroerinia? São estas algumas perguntas que se propõem em face a um caso de ginecomastia.



Na historia do nosso caso não ha indicação alguma de traumatismo testicular anterior á ginecomastia. Nós o incluímos no primeiro grupo nas formas primitivas. Não nos iludimos entretanto dessa “essencialidade”. Não cremos que os processos normais da puberdade possam trazer em si o germe de uma anomalia. Casos como o nosso de ginecomastia unilateral primitiva foram observados por Schmidt, Carrara, Hutchinson, Skillern, Decléty e alguns outros. Em todos eles as investigações biologicas foram infrutíferas. Tal entretanto não impede que suponghamos á base destas alterações morfológicas profundos distúrbios humorais e nervosos.

Metabolismo basico: normal $\frac{+}{\underline{O}}$ 10% (praticado pelo Dr. José Sarmiento Barata).

R. de Wassermann e Meinicke no soro sanguineo: negativas.

Líquido cefalo-raqueano: Alb. Tot.: 0,18 p. litro.

R. de Nonne—Appelt, Weichbrodt, Pandi, Takata—Ara, Wassermann e Meinicke: negativas.

Benjoim: 000002220000000. Citologia: 1,2 p. mm₃ (exames de sangue e L. C. R. praticados pelo Dr. Telemaco Pires).