

Questo tipo di patologia non va assolutamente confusa con la pseudoginecomastia o ginecomastia falsa; essa interessa esclusivamente gli obesi che presentano accumulo di grasso anche a livello pettorale e quindi mammario.

La ginecomastia può essere transitoria ed interessare più del 75% dei ragazzi durante la maturazione puberale; essa presenta una risoluzione del tutto spontanea nel giro di uno-due anni; in questi soggetti la proliferazione mammaria si può accompagnare a dolenza locale, riflettendo uno stadio iniziale transitorio di stimolazione gonadotropica di un testicolo non ancora maturo, con una secrezione quindi di estrogeni, superiore a quella degli androgeni. Generalmente questo tipo di ginecomastia si risolve durante le fasi più avanzate della pubertà: una sua persistenza impone di indagare la presenza di eventuali cause patologiche ed escludere l'uso di determinate droghe, come la marijuana, che, al contrario, ne favoriscono la persistenza.

Anche nei maschi anziani la ginecomastia può essere considerata fisiologica; essa sarebbe da attribuire, con molte probabilità, alla diminuzione dei livelli di testosterone attivo nel sangue e quindi ad un aumento degli estrogeni.

Non va comunque dimenticato che, molto spesso, questi soggetti sono sottoposti a trattamenti farmacologici, che possono favorire la ginecomastia, per cui, si è più propensi a credere che essa possa avere una origine multifattoriale. Esiste poi una relazione ormai certa tra abitudini dietetiche forzate o errate e ginecomastia; in primo luogo è da ricordare la crescita di tessuto mammario in molti prigionieri di guerra che avevano sofferto la fame.

Naturalmente il tutto può succedere anche oggi a causa di diete particolarmente rigide o in casi ben più gravi come l'anoressia (rara nel maschio): in tutte queste condizioni, digiuno e significativi cali ponderali, si ha una ridotta produzione di un ormone cerebrale (GnRH) e di conseguenza una minore produzione di testosterone.

Le patologie più frequenti, in grado di determinare ginecomastia sono l'ipogonadismo primario, cioè conseguente ad una patologia testicolare, o secondario in cui è presente un disordine funzionale cerebrale, e più precisamente un disordine a livello ipofisario-ipotalamico; in questi casi è presente una ridottissima produzione di ormoni maschili e cioè testosterone, mentre gli estrogeni derivanti da surrene e dalla conversione dell'androstenedione determinano un relativo aumento dell'ormone femminile e quindi la ginecomastia; generalmente essa è più frequente nella

sindrome di Klinefelter

che nella malattia ipotalamo-ipofisiaria.

Quando la ginecomastia nell'età adolescenziale si associa ad anomalie dei genitali, mascolinizzazione incompleta allora è possibile che si tratti di una sindrome androgeno-resistenza.

Questi pazienti presentano normale cariotipo (46 XY), testicoli piccoli con ipospadia oppure incompleta fusione dello scroto con incompleta discesa dei testicoli.

Analogo quadro clinico é presente nella carenza congenita dell'enzima 5-alfa reduttasi; esso é un enzima molto importante e permette la conversione del testosterone in diidrotestosterone, l'ormone maschile più attivo.

In tale forma è sempre possibile una terapia farmacologica sostitutiva.

In altri casi, la ginecomastia può essere espressione di una malattia neoplastica a distanza a livello testicolare oppure a livello surrenalico: nel primo caso il tumore sarà in grado di secernere ormone femminile (tumori delle cellule di Leydig) o gonodotropina corionica umana (teratomi, carcinomi); quando accertato, in entrambi i casi la terapia sarà solo chirurgica e rivolta non alla ginecomastia (che in questi casi rappresenta una conseguenza, un sintomo) ma al testicolo o al surrene.

Un evento molto più raro è costituito dal tumore primitivo della mammella: in quest'ultimo caso la ginecomastia è sempre monolaterale e si presenta quasi sempre molto dolente; come il tumore della mammella femminile, esso va trattato con gli stessi criteri di radicalità oncologica. Molta attenzione va posta anche ai farmaci antiipertensivi, antidepressivi triciclici o all'utilizzo di particolari droghe come la marijuana, che, come già detto, possono determinare ginecomastia: questi farmaci agiscono per lo più come agonisti per i recettori degli androgeni ed, in minor misura, contribuiscono anche ad una minore secrezione del testosterone stesso (spironolattone).

Bisogna infine ricordare l'insufficienza epatica e renale grave, l'ipertiroidismo: nell'insufficienza epatica si ha spesso un ridotto metabolismo degli estrogeni per cui ne deriva un suo aumento consistente che va ad inibire i livelli di Lh ed FSH e riduce anche i livelli di testosterone.

L'approccio al paziente con ginecomastia, per quanto possibile, deve essere finalizzato quindi all'individuazione della causa dell'aumento del volume mammario (ginecomastia idiopatica).

Molto spesso, in questi casi la terapia chirurgica viene praticata con scopi estetici e sempre con ottimi risultati.

A.F. De Rose andrologo
pubblicazione del 1997