

La ginecomastia nell’adolescente: un problema comune da attenzionare

Descrizione

Eugenio Trinati[1], Sara Soldovieri[2], Nicolò Chiti[3], Stefano Stagi[4-5]

1 – Medico in Formazione Specialistica in Pediatria presso Università degli Studi di Firenze, Dipartimento di Scienze della Salute Umana, Firenze, Italia, OMCEO Perugia

2 – Medico in Formazione Specialistica in Pediatria presso Università degli Studi di Firenze, Dipartimento di Scienze della Salute Umana, Firenze, Italia, OMCEO Salerno

3 – Pediatra presso SOS Auxo-endocrinologia, AOU Meyer IRCCS, Firenze, Italia, OMCEO Pistoia

4 – Professore Associato in Pediatria presso Università degli Studi di Firenze, Dipartimento di Scienze della Salute Umana, Firenze, Italia, OMCEO Arezzo

5 – Responsabile della SOS Auxo-endocrinologia, AOU Meyer IRCCS, Firenze, Italia

Abstract

La ginecomastia è una proliferazione benigna del tessuto mammario maschile che arriva ad interessare fino al 60% degli adolescenti entro i 14 anni. Nella maggior parte dei casi regredisce in 1–3 anni; in casi selezionati o con grande impatto psicologico, soprattutto in pubertà quando è evolutiva e può diventare inestetica, possono essere considerate terapie mediche o chirurgiche.

Parole chiave:

Ginecomastia, Adolescenza, Endocrinologia, Pediatria, Salute maschile

La ginecomastia è una proliferazione benigna del tessuto ghiandolare del seno negli uomini. Questa condizione deve essere distinta dalla pseudo-ginecomastia (adipomastia), nella quale è presente un eccesso di tessuto adiposo in assenza di proliferazione ghiandolare.

La ginecomastia è una condizione comune, con una prevalenza che varia tra il 32 e il 65%; durante la vita di un uomo; esistono 3 momenti in cui può presentarsi una ginecomastia para-fisiologica:

• **durante il periodo neonatale**: in questa fase, la ginecomastia è dovuta agli alti livelli fetali di estradiolo e progesterone e all’aumento dell’LH correlato alla cosiddetta mini-*puberty*. In genere, si tratta di una fase transitoria, della durata massima di alcune settimane, talvolta anche associata a secrezione lattiginosa;

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

• **durante la pubertà:** condizione che si presenta fino al 60% degli adolescenti maschi entro i 14 anni. Sebbene possa essere per lo più bilaterale, può manifestarsi anche in maniera asimmetrica e unilateralmente. Alla base della ginecomastia puberale fisiologica sembrano esserci uno squilibrio tra i livelli circolanti di androgeni (più alti nelle prime ore del mattino) e di estrogeni (che si mantengono costanti durante tutta la giornata), con una maggiore aromatizzazione degli androgeni circolanti da parte dei tessuti periferici. Questa forma di solito si risolve entro 3 anni dall'esordio, nel 5% dei casi può persistere in età adulta;

• **oltre i 60 anni di età:** in questa fascia d'età, la prevalenza riportata varia dal 36 al 57%**;** tra le possibili cause, sembrano esserci un aumento del grasso corporeo (dove avviene l'aromatizzazione degli androgeni) e ad un aumento della *Sex Hormone Binding Protein* (SHBG), con conseguente riduzione del testosterone circolante rispetto agli estrogeni liberi).

Esistono poi una serie di condizioni patologiche associate allo sviluppo di ginecomastia (tabella 1) che il medico deve conoscere ed escludere, con particolare riferimento alle patologie neoplastiche. Fino all'80% delle forme di ginecomastia patologica in età senile possono essere dovute all'assunzione di farmaci (tabella 2).

Obesità
Ipogonadismi, ipogonadismi ipergonadotropi (sindrome di Klinefelter, orchite da trauma o radiazioni, deficit di 17-ossosteroide-reduttasi…), ipogonadismi ipogonadotropi (sindrome di Kallmann…)
Patologie neoplastiche, tumore a cellule di Leydig, tumore a cellule di Sertoli, tumore delle cellule della granulosa, tumore a cellule germinali testicolare o mediastinico, tumori epatici fibrolamellari, sindrome di Peutz-Jeghers, complesso Carney, neoplasie surrenaliche
Ipertiroidismo
Iperprolattinemia
Insufficienza renale cronica
Altre cause: epatopatia, disturbi del midollo spinale, rialimentazione dopo stato di malnutrizione, infezione da HIV
Cause genetiche (difetti di sintesi degli androgeni, sindrome da insensibilità agli androgeni, sindrome da eccesso di attività dell'aromatasi, disgenesia gonadica)
Carcinoma mammario maschile

Tabella 1: principali eziologie della ginecomastia

Antiandrogeni	ciproterone acetato, spironolattone flutamide finasteride, dutasteride
Antimicrobici	metronidazolo, isoniazide, etionamide, ketoconazolo, anti-retrovirali, griseofulvina
Antiacidi	cimetidina, omeprazolo
Antitumorali	agenti alchilanti, metrotrexate, alcaloidi della vinca
Antipsicotici	diazepam, aloperidolo, antidepressivi triciclici, fenotiazine
Farmaci cardioattivi	digitale, calcio-bloccanti, ace-inibitori, alfa-bloccanti, amiodarone
Sostanze d'abuso	alcol, cannabis, eroina, metadone, amfetamine
Altro	estrogeni, gonadotropine, ormone della crescita, metildopa, tiofilline, domperidone, penicillamina, eparina, statine, erbe contenenti fitoestrogeni, ginseng

Tabella 2: farmaci causanti ginecomastia

Data la moltitudine di eziologie, è fondamentale eseguire un'anamnesi accurata e un esame obiettivo scrupoloso, eventualmente associati ad approfondimenti laboratoristici, strumentali e talvolta genetici.

L'anamnesi deve essere incentrata sulla ricerca di possibili cause patologiche della ginecomastia: andrà quindi chiesto se sono presenti condizioni predisponenti (tireopatie, epatopatie, nefropatie) e se il paziente assume farmaci; è importante anche indagare sull'eventuale presenza di segni e sintomi di ipogonadismo (calo della libido, disfunzione erettile), se sono

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

presenti disturbi correlati ad ipertiroidismo (aumento dell'appetito con calo ponderale, tremori, tachicardia o cardiopalmo, intolleranza al caldo), disturbi visivi e dell'olfatto; è necessario ricercare se sono presenti possibili esposizioni ambientali ad estrogeni o fitoestrogeni; non da ultimo, è importante ricercare eventuali fattori di rischio per il carcinoma mammario, tra cui:

- Sindrome di Klinefelter: hanno un rischio di carcinoma mammario fino a 50 volte maggiore rispetto alla popolazione generale;
- familiarità per tumori al seno BRCA2 positivi;
- iperestrogenismo;
- disturbi testicolari;
- irradiazione del torace;
- patologie epatiche associate.

La diagnosi di ginecomastia è essenzialmente clinica e si ottiene palpando una massa di almeno 0,5 cm di tessuto ghiandolare al di sotto dell'areola. Il seno deve essere valutato in posizione supina, la palpazione deve essere effettuata partendo dalla periferia della ghiandola e procedendo in senso centripeto verso il capezzolo; è importante, inoltre, la palpazione del cavo ascellare e della zona periclaveare e sovraclaveare alla ricerca di linfoadenopatie associate.

Nella pseudoginecomastia i pazienti presentano un ingrossamento diffuso del seno in assenza di tessuto ghiandolare sottoareolare.

I tumori mammari sono tipicamente unilaterali, non dolenti, duri e immobili rispetto ai piani superficiale e profondo, si localizzano in posizione eccentrica rispetto al complesso capezzolo-areola. Inoltre, possono essere associati a retrazione cutanea, secrezione dal capezzolo e linfoadenopatia ascellare omolaterale.

L'esame obiettivo si completa di:

- valutazione dello stadio puberale secondo Tanner: i pazienti che presentano ginecomastia in fase prepuberale (volume testicolare < 4 mL) devono essere attentamente valutati;
- misurazione di peso e altezza e calcolo del BMI;
- palpazione testicolare al fine di escludere eventuali masse testicolari;
- palpazione addominale per la ricerca di eventuale epatomegalia;
- ricerca di segni compatibili con ipertiroidismo: gozzo tiroideo, ipertensione arteriosa, tachicardia, tremori, esoftalmo.

A completamento dell'anamnesi e dell'esame obiettivo e al fine di escludere le cause patologiche di ginecomastia, può essere utile effettuare esami ematici comprensivi di funzionalità epatica e renale, TSH, fT4, LH, FSH, estradiolo, testosterone libero, SHBG e beta-HCG.

Nel paziente con ingrossamento unilaterale del seno o in quello in cui vi è incertezza se il tessuto palpabile, non adiposo, rappresenti ginecomastia o un'altra lesione, può esserci indicazione ad eseguire una mammografia o un'ecografia mammaria; in presenza di beta-HCG aumentata o di elevati valori di estrogeni con valori di testosterone normale, il clinico deve escludere la presenza di masse testicolari o extragonadiche. In caso di valori di prolattina molto incrementati, è necessario escludere la presenza di un adenoma ipofisario secernente.

Il trattamento è finalizzato alla gestione della causa sottostante. Se non viene individuata alcuna causa sottostante, si parla di ginecomastia idiopatica e in questi casi è giustificata in genere un'attenta osservazione, specialmente in età puberale quando la ginecomastia tende a risolversi in 1-2 anni e in cui meno del 20% dei pazienti tende ad avere un residuo a 20 anni.

In caso di ginecomastia idiopatica grave fin dall'esordio e di recente insorgenza o in caso di forme dolorose e/o in caso di forte impatto psicologico sulla vita del paziente, può essere tentata una terapia medica locale con gel di testosterone attivato.

Il tamoxifene (modulatore selettivo del recettore estrogenico) sembra essere in grado di ridurre il volume ghiandolare e il dolore negli adolescenti con ginecomastia, soprattutto se iniziato precocemente; nei vari studi clinici, è stato generalmente impiegato al dosaggio di 10–20 mg/die per 3–6 mesi; gli effetti avversi sono rari e includono vampate di calore, alterazioni dell'umore e un aumentato rischio di trombosi (anche se molto rara in adolescenti senza fattori di rischio). Altri farmaci come anastrozolo, letrozolo, danazolo o clomifene non trovano indicazione nella ginecomastia puberale.

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

Ginecomastie di lunga durata potrebbero sviluppare tessuto fibrotico e rispondere poco alla terapia medica: in questi casi, soprattutto se la condizione è impattante dal punto di vista psicologico, risulta utile procedere ad una valutazione chirurgica per un’eventuale rimozione del tessuto ghiandolare; in caso di asportazione, è mandatoria la valutazione istologica del tessuto asportato.

eugenio.trinati@unifi.it

CATEGORY

1. Scienza e professione

Categoria

1. Scienza e professione

Data di creazione
10/11/2025
Autore
redazione-toscana-medica
Campi meta

Nome E Cognome Autore 1 :	Eugenio Trinati
Nome E Cognome Autore 2 :	Sara Soldovieri, Nicolò Chiti, Stefano Stagi
Views :	4289

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze