

Ginecomastia e telarca precoce

Aumento mamário do recém-nascido, telarca precoce isolada da menina pequena e ginecomastia puberal — o que é fisiológico, o que investigar e quando encaminhar

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, Oxford, Cambridge e AEP · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), tratamento em casa e critérios para encaminhar ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais.

 [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento em casa
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

O aumento de tecido mamário na infância tem três cenários benignos e frequentes.

(1) Hipertrofia mamária neonatal: efeito do estrogênio materno em 60–90% dos recém-nascidos de ambos os sexos (SEEP), às vezes com secreção ("leite de bruxa"); regride em semanas a meses; não se deve espremer. **(2) Telarca precoce isolada:** broto mamário uni ou bilateral em menina < 8 anos, sem pelos, sem aceleração do crescimento, mais comum nos primeiros 2 anos; em geral estabiliza ou regride, mas exige seguimento clínico (a SBP orienta reavaliação mensal a trimestral por pelo menos 6 meses) porque uma minoria evolui para puberdade precoce. **(3) Ginecomastia puberal:** tecido glandular subareolar, às vezes doloroso, em até 60% dos meninos na puberdade (SBP), com regressão espontânea na maioria em 1 a 3 anos. Tudo isso é tratado em casa, com orientação e retorno (●). Investigar e encaminhar (●) ginecomastia em menino pré-púbere, volumosa (≥ 5 cm), persistente, com testículos pequenos, massa testicular, uso de drogas ou anabolizantes, e telarca com progressão, aceleração do crescimento ou pelos. O ● é raro: **mastite ou abscesso mamário neonatal** (hospital) e massa testicular ou sinais de tumor (avaliação urgente).

1. O que é e como se apresenta

Hipertrofia mamária neonatal

- **Definição:** aumento mamário no recém-nascido de ambos os sexos pelo estrogênio materno, às vezes com secreção leitosa ("leite de bruxa"); nas meninas pode haver leucorreia e pequeno sangramento vaginal (crise genital).
- **Evolução:** regride em semanas a poucos meses; em meninas pode persistir mais tempo ("minipuberdade"). A secreção mamilar do lactente **não é motivo** para suspender a amamentação (AAP).
- **Risco:** espremer favorece a **mastite neonatal** (geralmente *Staphylococcus aureus*): mama vermelha, quente, endurecida, às vezes com flutuação e febre.

Telarca precoce isolada

- **Definição (SBP):** surgimento isolado de mamas, uni ou bilateral, em menina **antes dos 8 anos**, sem outros sinais puberais (pelos pubianos ou axilares, aceleração do crescimento, odor, acne).
- **Idade:** dois picos — **antes dos 2 anos** (mais frequente entre 6 e 24 meses, segundo a AEP) e **após os 6 anos**. A SBP alerta que entre 3 e 5 anos o risco de causa patológica é maior.

- **Evolução:** benigna na maioria; estabiliza ou regride. A AEP descreve que um terço regride, metade permanece igual e cerca de 10% evolui para puberdade precoce verdadeira; a Sociedade Espanhola de Endocrinologia Pediátrica (SEEP) cita 14–18%. Não altera a estatura final nem a idade da menarca quando isolada (SBP).

Ginecomastia puberal

- **Definição:** aumento do tecido glandular mamário no menino, por desequilíbrio transitório entre estrogênios e androgênios no início da puberdade. Diferente da **lipomastia** (pseudoginecomastia), acúmulo de gordura sem disco glandular, comum na obesidade.
- **Frequência e idade:** até 60% dos adolescentes (SBP); a AAP cita cerca de metade. Surge no início a meio da puberdade (Tanner 2–4), geralmente entre 10 e 14 anos, uni ou bilateral, às vezes assimétrica.
- **Quadro:** disco firme, móvel, sob a aréola, muitas vezes doloroso nos primeiros meses. A repercussão emocional (evitar piscina e vestiário) é o principal problema.
- **Evolução:** regressão espontânea na maioria em 1 a 3 anos (AAP: 2–3 anos; SEEP: 90% em até 3 anos quando < 4 cm). Após 2 anos de evolução, a fibrose torna a regressão menos provável.
- **Ginecomastia pré-puberal** (menino sem sinais de puberdade) **é sempre anormal** e deve ser investigada.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Hipertrofia mamária neonatal sem sinais inflamatórios; telarca isolada em menina < 2 anos (ou 6–8 anos) sem pelos, sem aceleração do crescimento, com estatura e curva normais; ginecomastia puberal < 4–5 cm, em Tanner 2–4, testículos compatíveis com a puberdade, sem medicamentos ou drogas implicados	Orientação à família; não espremer; seguimento clínico com medida de estatura, velocidade de crescimento e estadiamento de Tanner (telarca: mensal a trimestral por ≥ 6 meses; ginecomastia: a cada 3–6 meses)
● Moderada	Telarca com progressão em 6 meses, aceleração do crescimento, pelos, corrimento, início entre 3 e 5 anos (SBP); ginecomastia pré-puberal, ≥ 5 cm (macroginecomastia), persistente > 2 anos ou após o fim da puberdade, progressão rápida, testículos pequenos ou assimétricos, uso de anabolizantes, drogas ou medicamentos, doença hepática, renal ou tireoidiana, sofrimento psicológico importante	Exames dirigidos (ver Diagnóstico) e encaminhamento eletivo prioritário ao endocrinologista pediátrico ou hebiatra; cirurgião plástico se volumosa e persistente
● Grave	Mastite ou abscesso mamário neonatal (hiperemia, calor, endurecimento, flutuação, febre, recusa alimentar); massa testicular palpável; nódulo mamário duro, fixo, com retração de pele, adenomegalia axilar ou secreção sanguinolenta; sinais de virilização rápida ou massa abdominal	Mastite neonatal: pronto-socorro/hospital para antibiótico parenteral e eventual drenagem. Massa testicular, abdominal ou nódulo suspeito: avaliação especializada urgente (urologia/oncologia/endocrinologia) com exames já iniciados

Fatores que elevam a preocupação

- Obesidade (aromatização periférica de androgênios; confunde com lipomastia).
- Exposição a estrogênios exógenos: cremes e medicamentos da família, produtos com óleo de lavanda ou de melaleuca (*tea tree*), fitoestrógenos em excesso (SBP e Pediatric Endocrine Society).
- Medicamentos e drogas: anabolizantes e suplementos contaminados, maconha, anfetaminas, opioides, espironolactona, cetoconazol, antiulcerosos, antipsicóticos e metoclopramida.
- Doença crônica: hepatopatia, doença renal crônica, hipertireoidismo, desnutrição com realimentação.
- Testículos pequenos e firmes para o estadiamento puberal (síndrome de Klinefelter), criptorquidia, hipogonadismo.

3. Diagnóstico no consultório

É clínico na grande maioria. Anamnese e exame físico bastam na hipertrofia neonatal, na telarca típica do lactente e na ginecomastia puberal típica (SBP).

Roteiro de exame

- Estatura, peso e **velocidade de crescimento** no gráfico (OMS); comparar com medidas anteriores. Na telarca, aceleração (mudança de canal em menos de 6 meses) sugere puberdade precoce (SBP).
- **Estadiamento de Tanner** completo; pelos pubianos e axilares; acne, odor.
- **Mamas:** paciente deitado, palpar em pinça (polegar e indicador) da periferia para o mamilo: disco firme subareolar = glândula; tecido mole difuso = lipomastia. Medir o diâmetro em centímetros.
- **Testículos** (orquidômetro): ≥ 4 mL indica puberdade; pequenos e firmes para o estágio puberal sugerem Klinefelter; assimetria ou nódulo sugere tumor.
- Tireoide, abdome (massa), pele (manchas café com leite — McCune-Albright).

Quando pedir exames

- **Telarca com sinais de progressão** (SBP): radiografia de mão e punho para idade óssea (avanço ≥ 2 desvios-padrão é sinal de alerta), LH basal (em ensaio sensível, $< 0,2$ UI/L favorece telarca isolada; $> 0,3$ U/L sugere ativação do eixo), FSH, estradiol e ultrassonografia pélvica com examinador experiente; teste de estímulo com GnRH e ressonância de crânio ficam com o endocrinologista.
- **Ginecomastia atípica** (pré-puberal, volumosa, rápida, persistente, testículos alterados): testosterona total, LH, FSH, estradiol, beta-hCG, prolactina, TSH e T4 livre, DHEA-S, função hepática e renal (SEEP; SBP orienta direcionar à causa suspeita); **ultrassonografia testicular** se massa, assimetria ou beta-hCG/estradiol elevados; cariótipo se suspeita de Klinefelter.
- **Ultrassonografia mamária:** só em nódulo endurecido, excêntrico ou dúvida com lipomastia.

Diagnóstico diferencial que não pode passar

- Puberdade precoce central ou periférica (telarca + aceleração do crescimento + idade óssea avançada; cistos ovarianos; McCune-Albright).
- Tumores produtores de hormônios: testículo, suprarrenal, fígado (produtor de hCG).
- Síndrome de Klinefelter (47,XXY): ginecomastia persistente, testículos pequenos, dificuldades escolares.
- Uso de anabolizantes em adolescente atleta ou frequentador de academia (testículos pequenos por supressão, acne, labilidade).
- Mastite, abscesso, cisto e, excepcionalmente, neoplasia mamária.

4. Tratamento em casa

A conduta é **orientação e seguimento**. Não há medicamento indicado na telarca isolada (SBP) nem na ginecomastia puberal típica.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Paracetamol	10–15 mg/kg/dose	4–6 h (máx. 5 doses/dia)	Só nos dias de dor mamária	Máx. 75 mg/kg/dia, nunca > 4 g/dia; ver alerta abaixo
Ibuprofeno	5–10 mg/kg/dose	6–8 h	Só nos dias de dor	A partir de 6 meses; evitar em desidratação, suspeita de dengue e varicela
Tamoxifeno	Conforme o endocrinologista	—	—	Uso fora de bula na ginecomastia puberal dolorosa ou persistente; prescrição apenas pelo especialista
Antibiótico na mastite neonatal	Parenteral, no hospital	—	—	Não tratar mastite neonatal em casa com antibiótico oral

Paracetamol. Atenção ao efeito cumulativo: o uso repetido por 48–72 h, especialmente em doses no limite máximo, em criança desidratada, desnutrida, com jejum prolongado ou somando mais de um produto com paracetamol, aumenta o risco de hepatotoxicidade — não ultrapassar a dose diária, não usar por mais de 48–72 h sem reavaliação médica e conferir outros medicamentos que contenham paracetamol.

- **Recém-nascido:** não espremer nem massagear as mamas; higiene habitual; manter o aleitamento materno.
- **Telarca isolada:** suspender cremes, cosméticos e medicamentos com estrogênio usados na casa ou pela cuidadora (SBP); não usar análogos de GnRH (não reduzem a mama isolada — SEEP).
- **Ginecomastia puberal:** explicar que é frequente e passageira; suspender o agente suspeito (anabolizantes, maconha, produtos com lavanda ou melaleuca, suplementos de academia de procedência duvidosa); se houver obesidade, orientar alimentação e atividade física (reduz a lipomastia associada); camiseta de compressão pode ajudar no constrangimento (Pediatric Endocrine Society); acolher o sofrimento emocional e investigar *bullying*.
- **Cirurgia:** ginecomastia volumosa e persistente, com fibrose, em geral após a estabilização puberal, com o cirurgião plástico.
- **Não usar:** antibiótico "preventivo" na hipertrofia neonatal; hormônios, fitoterápicos ou "chás para secar a mama"; exames hormonais de rotina na ginecomastia puberal típica.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Recém-nascido ou lactente com mama **vermelha, quente, endurecida ou com flutuação**, com ou sem febre (febre = temperatura axilar $\geq 37,5$ °C), recusa alimentar, irritabilidade ou prostração.
- Qualquer lactente jovem febril (conduzir conforme "Como Conduzir uma Criança com Febre", em Urgências e Emergências).
- Celulite extensa da parede torácica ou sinais de sepse.

Como encaminhar

1. Não espremer nem puncionar a mama no consultório.
2. Antitérmico se houver febre e desconforto (paracetamol 10–15 mg/kg/dose; no recém-nascido, a cada 6 h, máx. 60 mg/kg/dia — ver "Dor no recém-nascido"; dipirona não deve ser usada abaixo de 3 meses ou 5 kg).
3. Contato com o serviço de destino; relatório com idade, peso, início, temperatura e achados; manter o aleitamento.

Encaminhamento especializado urgente (não necessariamente pronto-socorro): massa testicular, massa abdominal, nódulo mamário duro e fixo, virilização rápida, sinais de hipertensão intracraniana com puberdade precoce (cefaleia, vômitos, alteração visual) — neste último caso, pronto-socorro.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- Recém-nascido: "O inchaço das mamas vem dos hormônios da mãe e some sozinho. Não esprema. Procure o pronto-socorro se ficar vermelho, quente, duro, ou se o bebê tiver febre ou mamar mal."
- Telarca: "O broto de mama isolado nessa idade costuma ser benigno. Vamos medir e reexaminar a cada 1 a 3 meses por pelo menos 6 meses. Antecipe o retorno se a mama crescer rápido, surgirem pelos, cheiro de suor, sangramento vaginal ou se ela espichar muito depressa."
- Ginecomastia: "É comum na puberdade e costuma sumir em 1 a 3 anos. Não use anabolizantes, suplementos duvidosos nem maconha. Volte se crescer rápido, ficar duro, sair secreção, aparecer caroço no testículo ou se estiver atrapalhando a vida dele."
- Retorno programado: telarca, mensal a trimestral por ≥ 6 meses (SBP); ginecomastia, a cada 3–6 meses com Tanner, volume testicular e diâmetro mamário anotados.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Hipertrofia neonatal	Fisiológica (estrogênio materno)	Fisiológica; secreção não contraindica aleitamento	Sem diretriz NG específica	Segue o NICE	Fisiológica, 60–90% dos recém-nascidos (SEEP)
Telarca precoce	< 8 anos, isolada; seguimento mensal a trimestral ≥ 6 meses; exames só se progressão (SBP 2023)	Sem documento específico localizado	Sem diretriz NG específica	Segue o NICE	1/3 regride, 1/2 estável, ~10% evolui para puberdade precoce; revisões periódicas
Ginecomastia puberal — frequência	Até 60% dos adolescentes	Cerca de metade; regride em 2–3 anos	Resumo de atenção primária (CKS), não acessado	Segue o NICE	38–65% (SEEP); 90% regride em 3 anos
Investigar	Unilateral, secreção, massa testicular, progressão rápida, dor intensa, sofrimento	Persistente além de 2–3 anos ou uso de drogas: avaliar causa hormonal; Pediatric Endocrine Society: testículos que não crescem (Klinefelter)	—	Segue o NICE	Pré-puberal (sempre), dura, assimétrica, hipogonadismo
Tratamento	Observação; tamoxifeno e cirurgia em casos selecionados	Observação; cirurgia se persistente	—	Segue o NICE	Tamoxifeno em casos selecionados; cirurgia na macroginecomastia (SEEP)

Leitura: as referências convergem em que a hipertrofia mamária neonatal, a telarca isolada do lactente e a ginecomastia puberal são variantes benignas, de diagnóstico clínico e conduta expectante com seguimento de crescimento e estadiamento puberal. A telarca exige vigilância porque uma minoria (10–18%) evolui para puberdade precoce — a SBP é a mais explícita quanto ao intervalo de retorno. Na ginecomastia, o consenso é investigar a forma pré-puberal,

volumosa, persistente ou com alteração testicular, e as diferenças estão nos limites de tamanho (a pediatria espanhola usa ≥ 5 cm para macroginecomastia) e no espaço dado ao tamoxifeno, que é uso fora de bula e fica com o especialista. O NICE não tem diretriz NG específica para esses temas.

PONTOS PRÁTICOS

1. Palpe em pinça: disco glandular subareolar é ginecomastia; tecido mole difuso é lipomastia.
2. Examine sempre os testículos do menino com ginecomastia: pequenos sugerem Klinefelter; nódulo exige ultrassonografia urgente.
3. Ginecomastia em menino sem sinais de puberdade é sempre patológica.
4. Telarca isolada pede régua e gráfico: aceleração do crescimento, pelos ou progressão em 6 meses indicam investigação de puberdade precoce.
5. Pergunte ativamente por anabolizantes, suplementos, maconha e produtos com lavanda ou melaleuca.
6. Mama vermelha e quente no recém-nascido é mastite: hospital, não antibiótico oral em casa.

Veja também, nesta Biblioteca: Puberdade precoce e puberdade atrasada (Crescimento, nutrição e endócrino), Consulta de puericultura — 12 anos (Puericultura) e Whey protein e creatina em crianças e adolescentes (Temas atualizados pela SBP).

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Endocrinologia. Adrenarca precoce e telarca precoce (documento científico), 2023. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Endocrinologia (Lages L, Alves C). Ginecomastia da adolescência. [PDF](#)
- American Academy of Pediatrics (HealthyChildren.org), Section on Plastic Surgery. Abnormal breast growth in boys and girls, 2015. [healthychildren.org](https://www.healthychildren.org)
- Pediatric Endocrine Society. Pubertal gynecomastia (patient resource). pedsendo.org
- AEP. Protocolos de Endocrinología — Pubertad precoz y variantes de la normalidad (Martínez-Aedo Ollero, Godoy Molina), 2019. [PDF](#)
- Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica. Consenso — Capítulo 10: Pubarquia precoz, telarquia aislada, ginecomastia. [PDF](#)

- Oxford Handbook of Paediatrics, 3ª ed., 2021 (obra de referência).

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.