



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/1270 - DOCTOR, ME HA CRECIDO UN PECHO: ¿ES NORMAL?

A. García-Lago Sierra^a, I. Galán López^b, C. Fernández Galache^c, B. Martínez Sanz^d, N. Guelai^e, M. Anta Fernández^f, Y. Izaguirre Martínez^b, A. Rey Sastre^g, Á. García-Lago Sierra^f y E. Crespo Hualde^f

^aCentro de Salud Besaya. ^bCentro de Salud Saja. ^cCentro de Salud Zapatón. ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria. ^eMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Cantabria. ^fHospital Sierrallana. ^gCentro de Salud Ontaneda.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 44 años con antecedentes personales de obesidad y reflujo gastroesofágico en tratamiento con esomeprazol. Consulta por aumento de tamaño de la mama derecha y dolor de una semana de evolución. Se decide tratar con antibiótico durante una semana, amoxicilina-clavulánico 875/125 mg, sin mejoría. Acude de nuevo a su médico de atención primaria con aumento de tamaño de ambas mamas y dolor.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física destaca ginecomastia bilateral, dolorosa a la palpación y de consistencia gomosa. No se palpan masas ni adenopatías a ningún nivel. Sin secreciones. Resto de la exploración sin hallazgos de interés. Se realiza una analítica hormonal completa, donde se objetiva un descenso de testosterona (1,60 ng/ml), prolactina elevada (21,4 ng/ml), IGFI bajo (64 ng/ml) y ACTH elevada (72 pg/ml). Ante la vista de estos resultados se deriva a la unidad de endocrinología para completar estudio. Se realiza una resonancia magnética craneal donde se observa una lesión ocupante de espacio en el seno cavernoso de predominio derecho e impronta en quiasma.

Juicio clínico: Se realizó exéresis endoscópica completa sin complicaciones. Biopsia: adenoma hipofisario grado I de la OMS.

Diagnóstico diferencial: La mayor parte de los casos de ginecomastia en varones son idiopáticos o fisiológicos. Pero existen una serie de situaciones que pueden producir una ginecomastia secundaria. Entre estas últimas destacan: neoplasias secretoras de estrógenos o precursores (adrenales, testiculares, cáncer de pulmón, gástrico), aumento de la aromatización periférica de andrógenos a estrógenos (obesidad, cirrosis, hipertiroidismo, insuficiencia renal crónica), enfermedad hipofisaria o hipotalámica, y la inducida por fármacos (espironolactona, eplerenona, IECAS).

Comentario final: La ginecomastia en el varón es un problema común entre la población y tiene tres picos de prevalencia: en los recién nacidos, durante la pubertad y entre los 50-70 años. En los

adultos, el 50% de los casos se deben a la persistencia de la ginecomastia de la pubertad o a fármacos, y un 25% son idiopáticos. Lo esencial es diferenciar la ginecomastia de la pseudoginecomastia (crecimiento del tejido adiposo sin proliferación glandular) y descartar un posible cáncer de mama, aunque éste sea muy infrecuente (1%). El estudio de un paciente con ginecomastia se basa en dos pilares fundamentales: la historia clínica y la exploración física, ambas fundamentales para el médico de atención primaria. Es más, si se trata de una ginecomastia transitoria, asintomática o debida a fármacos se pueden obviar las pruebas de laboratorio. Sólo serán necesarias cuando no podamos aclarar la etiología. El resto de los estudios dependerán de los hallazgos encontrados y de la persistencia de los síntomas. Según dijo Gregorio Marañón “El mejor instrumento de exploración con el que cuenta el médico es la silla”.

BIBLIOGRAFÍA

1. Quiroga Dotras R. Grup policlíníc. Guía clínica de ginecomastia. Fistera. Barcelona; 2011. <http://www.fisterra.com/guias-clínicas/ginecomastia> (último acceso 27 mayo 2015).
2. Snyder PJ. Causes, presentation, and evaluation of sellar masses. Uptodate. Abril 2015. <http://www.uptodate.com/causes-presentation-and-evaluation-of-sellar-masses> (Último acceso 27 mayo 2015).