



## Medicina de Familia. SEMERGEN



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

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

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

<sup>a</sup>Centro de Salud Besaya. <sup>b</sup>Centro de Salud Saja. <sup>c</sup>Centro de Salud Zapatón. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria. <sup>e</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Cantabria. <sup>f</sup>Hospital Sierrallana. <sup>g</sup>Centro 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.fistera.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).