Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):2346

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/3702 - GINECOMASTIA EN EL PACIENTE UROLÓGICO

M. Sáenz Aldea[1] y C. de la Hoz Regules[2]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Morante. Santander. Cantabria.
[2]Médico de Familia. Centro de Salud Dr. Morante. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 73 años que acude a su médico de Atención Primaria (AP) refiriendo sensación de bulto mamario izquierdo de aparición progresiva. Además, asocia dolor en dicha mama de 3 días de evolución. No refiere clínica a ningún otro nivel. Entre sus antecedentes personales cabe destacar: hipertensión arterial, dislipemia e hipertrofia benigna de próstata (HBP) diagnosticada hace un año. Como tratamiento habitual figura: dutasterida/tamsulosina, imidapril y atorvastatina.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física anodina salvo por ginecomastia bilateral. A la palpación mamaria izquierda se evidenció un nódulo doloroso de aproximadamente 1 cm. de diámetro, de consistencia media, no adherido a planos profundos. Dicho nódulo se localizaba retroareolar en cuadrante superoexterno. No se palparon adenopatías axilares ipsilaterales ni contralaterales. No se apreciaron cambios de coloración cutánea regionales ni signos inflamatorios. Analíticamente no se encontraron alteraciones destacables, manteniéndose el PSA y la prolactina dentro de los límites de la normalidad. Se realizó una mamografía en la que se puso en evidencia un aumento del tejido glandular mamario en la región retroareolar de ambas mamas, siendo éste más marcado en la mama izquierda; compatible con ginecomastia.

Orientación diagnóstica: Ginecomastia inducida por fármaco.

Diagnóstico diferencial: Ginecomastia fisiológica senil. Neoplasia testicular. Hipertiroidismo.

Comentario final: Dada la estrecha relación temporal entre la incorporación del fármaco dutasterida/tamsulosina y la aparición de los síntomas, se sospechó reacción adversa a la dutasterida. La retirada del fármaco provocó la resolución total del cuadro clínico en 3 meses. Ante la persistencia de síntomas de HBP se pautó tratamiento exclusivo con tamsulosina. Las causas más frecuentes de ginecomastia son la puberal y la farmacológica, siendo importante descartar las causas paraneoplásicas. Los inhibidores de la 5-alfa reductasa tienen recogido en su ficha técnica la ginecomastia como efecto adverso frecuente. Debido a la inhibición de la producción de dihidrotestorena, la testosterona es metabolizada por una enzima aromatasa a estradiol, que al actuar sobre receptores estrogénicos ocasiona un aumento del volumen mamario.

Bibliografía

1. Ibáñez Quintana A, Fariña Rey L, Zamora Casal A. Ginecomastia. Guías Clínicas Fisterra [acceso 16 de agosto de 2018]. Disponible en: https://www-fisterra-com.scsalud.a17.csinet.es/guias-clinicas/ginecomastia/
2. Goday Arnó A. Patología mamaria. En: Farreras-Rozman. Medicina Interna, 18ª ed. Barcelona: Elsevier; 2016. p. 2036-9.

Palabras clave: Ginecomastia. Dutasterida. Hipertrofia benigna de próstata.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.