Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1786

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/2519 - Ginecomastia por microprolactinoma

C. Arina Cordeu[a], M.C. Martínez Zabala[b], S. Aldaz Vaca[a], A.I. Quetglas Valenzuela[c], R. Sáenz Ortigosa[d], P. Gutiérrez Pascual[e], A. Moreno Vilaseca[f], I. Adanero Calvo[g], J.A. Ochoa Prieto[h] y J.T. Gómez Sáenz[i]

[a]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño. [b]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de San Pedro. Logroño. [c]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascajos. Logroño. [d]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gonzalo de Berceo. Logroño. [e]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño. [f]Médico de Familia. Residencia de ancianos Santa María la Real. Nájera. La Rioja. [g]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ermitagaña. Pamplona. [h]Médico de Familia. Centro de Salud Joaquin Elizalde. Logroño. [i]Médico de Familia. Centro de Salud de Nájera. La Rioja.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 43 años de edad sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. Sin antecedentes de interés salvo hepatitis B crónica no replicativa (HBsAg +, Anti HBc IgM -, Anti HBc +, HBeAg -, Anti HBe +), epigastralgias de repetición sin causa conocida y contracturas cervicales frecuentes con toma intermitente de omeprazol y paracetamol. No intervenciones quirúrgicas. No toma de tratamiento médico habitual. El paciente acude a la consulta de atención primaria por haberse notado un bulto en mama derecha hace siete días. No galactorrea ni otra sintomatología asociada.

Exploración y pruebas complementarias: Se palpa tumoración pequeña en cuadrante supero externo de mama derecha de 2 × 1,5 cm, de consistencia uniforme, dura y dolorosa al tacto. Mal delimitada. No adherida a planos profundos. No signos inflamatorios. Se comienza el estudio de ginecomastia unilateral en el varón. Analítica: glucosa, perfil lipídico y transaminasas, normales. Creatinina ligeramente disminuida con filtrado glomerular normal. Hemograma normal. El resultado hormonal es el siguiente: TSH 2,44 µU/mL (0,27-5), T4 libre 1,18 ng/dL (0,8-2,0), PRL 113 ng/ml (4-15), FSH 4,6 µU/mL (1,5-12,4), LH 6,2 µU/mL (1,7-8,6), estradiol 19 pg/mL (8-52),

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

testosterona 2,02 ng/mL (2,7-8,4), DHEA sulfato µU/mL (0,9-4,3). Se repite analítica a la semana: PRL 131 ng/ml (4-15) y hGH basal 0,05 ng/mL (0-5). Con sospecha de prolactinoma, se solicita desde atención primaria RM hipófisis informada como nódulo hipocaptante en vertiente lateral derecha de adenohipófisis de 5 × 6 × 7 mm de diámetro. En el contexto del paciente se trata de un microprolactinoma. Tras ser valorado por endocrinología comienza tratamiento con cabergolina 0,5 mg (medio comprimido semanal), que continúa a día de hoy a la espera de analítica de control.

Juicio clínico: Ginecomastia por microprolactinoma.

Diagnóstico diferencial: La ginecomastia se produce por disbalance plasmático o intramamario de estrógeno-testosterona. Hay muchas causas. Fisiológica: en el recién nacido (por el paso de estrógenos de madre a feto), adolescente (por desequilibrio de estrógenos y testosterona) y en anciano (por disminución de testosterona). Idiopática (el 25% de los casos). Fármacológica: antiandrógenos, antibióticos, antiulcerosos, quimioterápicos, hipotensores, hormonas, psicofármacos... Alcohol/drogas. Patológica: tumores testiculares, prolactinomas, cirrosis hepática, hipogonadismo, hipertiroidismo, insuficiencia renal crónica...

Comentario final: La ginecomastia es una proliferación benigna de la glándula mamaria en el varón. Hay que diferenciarla de adipomastia (acúmulo de grasa) y del carcinoma mamario. Todo aumento de tejido mamario palpable en el varón obliga a un estudio detallado, excepto en casos de ginecomastia fisiológica, mediante anamnesis y exploración física. Tras ello se hará analítica y las pruebas de imagen correspondientes para llegar al diagnóstico etiológico y tratar según el mismo. En nuestro caso se solicita analítica y los niveles de prolactina mayores de 100 ng/ml nos hace sospechar prolactinoma por lo que se solicita RM que confirmar la sospecha. El tratamiento de elección en microprolactinoma sintomático es médico con agonistas dopaminérgicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno B, et al. Endocrinol Nutr. 2005;52(1):9-17.

2. Chillarón J, et al. Ginecomastia. FMC 2013;20(2):85-8.

3. Enzo Devoto C, et al. Etiología de la ginecomastia. Importancia de no subdiagnosticar una ginecomastia patológica. Rev Med Chile. 2007;135:189-97.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.