



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/3688 - GINECOMASTIA UNILATERAL EN PACIENTE VARÓN JOVEN

A. Domínguez Teba<sup>a</sup>, M. del Olmo Ribagorda<sup>a</sup>, M. Nevado Villafruela<sup>b</sup>, A. Perkins García-Sípido<sup>a</sup>, I. Macías Beltrán<sup>c</sup> y M. Hernán Obispo<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Carabanchel Alto. Madrid. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Boadilla del Monte. Madrid. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Galaroza. Huelva.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de veintinueve años sin antecedentes de interés acude a consulta por mastodinia izquierda de meses de evolución tornándose intensa en las últimas semanas con la palpación de un nódulo en la misma. En su historia no hay datos de enfermedad renal o hepática y en la anamnesis no se detecta síndrome constitucional. Había iniciado tratamiento con finasteride 1 mg/día hace 4 meses por una alopecia androgenética de patrón masculino.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la exploración física presentaba un estado nutricional y grado de virilización normales con un patrón de distribución grasa ginecoide. La palpación de la mama izquierda reveló discreto nódulo en el cuadrante inferior interno, retroaereolar, doloroso, sin signos inflamatorios con complejo areola-pezón normales y ausencia de retracciones y de adenopatías significativas. La mamografía encontró aumento de la densidad retroaereolar y la ecografía mostró una zona hipodensa en abanico en la misma localización diagnosticándose el cuadro de ginecomastia. La analítica incluyendo función hepática, renal y estudio hormonal (testosterona, estradiol, hormona luteinizante, hormona foliculoestimulante, gonadotropina coriónica humana, prolactina y perfil tiroideo) fue normal. Se retiró la medicación y se siguió al paciente, con resolución del nódulo en seis semanas. A los seis meses la ecografía confirmó la ausencia de ginecomastia.

**Juicio clínico:** Ginecomastia unilateral farmacológica.

**Diagnóstico diferencial:** Ginecomastia secundaria a enfermedad sistémica. Neoplasia mamaria. Mastitis.

**Comentario final:** La ginecomastia unilateral secundaria al tratamiento con finasteride es un efecto secundario adverso poco frecuente (0,01% de los casos), pudiendo aparecer a las dos semanas tras la toma del mismo. De etiología desconocida, se piensa que el desbalance andrógeno-estrógeno plasmático podría ser la causa. Es un efecto secundario reversible tras la retirada farmacológica y su intervalo de desaparición puede oscilar hasta 10 meses. La importancia de una buena anamnesis investigadora y exploración es fundamental en el diagnóstico. Asimismo, la disponibilidad de solicitud de pruebas de imagen desde primaria, permite el total manejo del cuadro en nuestras consultas.

## **Bibliografía**

1. Reversible painful gynaecomastia induced by low dose finasteride. *Australas J Dermatol.* 2000;41:55.
2. Cytologic atypia in a 53-year-old man with finasteride-induced gynecomastia. *Arch Pathol Lab Med.* 2010;124:625-7.
3. Unilateral gynecomastia induced by treatment with 1 mg of oral finasteride. *Arch Dermatol.* 2002;138:543-4.

**Palabras clave:** Ginecomastia. Finasteride. Mastodinia.