



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/1671 - DETRÁS DE UNA GINECOMASTIA

M. Sánchez-Migallón Jiménez, M. Fernández Algarra, J. Gómez Ferruelo y M. Barcina Rodríguez

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalajara Sur.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 21 años sin antecedentes de interés, consulta por tumoración en mama izquierda de 2 meses de evolución. Niega fiebre, proceso infeccioso, dolor, secreción mamaria ni ingesta de medicamentos. Refiere como antecedente familiar hermano mayor con ginecomastia de la pubertad.

Exploración y pruebas complementarias: Mama izquierda de aspecto normal palpándose nódulo retroareolar, no doloroso y sin secreción. Se realiza analítica con marcadores hormonales sin alteraciones. La ecografía mamaria muestra un tejido hipoecoico de morfología triangular con prolongaciones dendríticas retroareolar izquierdo compatible con ginecomastia izquierda. No se identifican nódulos ni otras alteraciones. Mama derecha normal. Se deriva a Endocrinología con diagnóstico de Ginecomastia izquierda.

Orientación diagnóstica: Aunque la etiología más frecuente en un paciente varón joven sea una Ginecomastia transitoria, siempre hay que descartar otras causas de ginecomastia que requieran una intervención terapéutica.

Diagnóstico diferencial: Ginecomastia transitoria de la pubertad, consumo de fármacos o drogas, cáncer de mama, tumor productor de hormonas feminizantes (testículo).

Comentario final: A los 6 meses del inicio de la clínica comienza con aumento de tamaño en mama derecha presentando así una ginecomastia bilateral asintomática. Se decide realizar una ecografía testicular para completar el estudio: En teste derecho se identifica una lesión redondeada hipoecoica de 11×13 mm en el testículo derecho que presenta vascularización central compatible en probable relación con seminoma. Se deriva a Urología bajo el diagnóstico de probable seminoma. En TC se aprecia Ginecomastia bilateral y nódulo en teste derecho, sin otras alteraciones. Se realiza orquiectomía inguinal derecha con resultado de AP compatible para tumor de células de Leydig. Tras la extirpación tumoral el paciente refiere mejoría progresiva de ginecomastia. La ginecomastia es una proliferación benigna del tejido glandular de la mama masculina de múltiples etiologías. Entre ellas, hay que tener en cuenta los tumores de testículo, como el tumor de células de Leydig considerado el tumor de cordones sexuales más frecuente. En un 20-30% de los pacientes se pueden manifestar con una clínica endocrina como ginecomastia, disminución de la libido, disfunción eréctil impotencia e infertilidad.

Bibliografía

1. Braunstein GD. Clinical practice. Gynecomastia. N Engl J Med. 2007;357(12):1229.

Palabras clave: Ginecomastia. Seminoma. Leydig.