



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

9 - Ginecomastia: un caso inusual

L.M. Molina Caparrós^a y R.M. Velasco Romero^b

^aMédico Familiar y Comunitario. ^bMédico Internista.

Resumen

Descripción del caso: Varón 64 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, hipertrofia benigna de próstata en tratamiento con rosuvastatina 10 (0/0/1), clortalidona, 50 (0,5/0/0), enalapril 20 (1/0/0) que consulta por ginecomastia y mastalgia sin galactorrea, disfunción eréctil ni cefaleas desde hace varias semanas, en analítica se confirma prolactina de 435 y confirmatoria de 410 al mes.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física se observa aumento de tamaño de ambas mamas sin palpación de nódulos en su interior y sin presencia de secreción. Liger sobrepeso. Se realiza analítica con prolactina 435 ng/mL, TSH, LH, FSH, estradiol, alfa-fetoproteína, beta-HCG testosterona libre calculada y total normal. Prolactina confirmatoria al mes 410. Se realiza resonancia nuclear magnética que informa como hipófisis normal.

Juicio clínico: Adipoginecomastia bilateral.

Diagnóstico diferencial: Pseudoginecomastia (deposito de tejido graso sin proliferación glandular) y del cáncer de mama del varón (masa generalmente unilateral, indolora, excéntrica). Neoplasias secretoras de estrógenos, aumento de la aromatización periférica de andrógenos a estrógenos, fallo de la función gonadal, síndromes de resistencia androgénica, alteración de los receptores androgénico o estrogénico, inducida por fármacos.

Comentario final: Entre las causas más frecuentes de la hiperprolactinemia se encuentran la toma de fármacos, Se realizó una búsqueda de los efectos secundarios del tratamiento en ese momento del paciente, donde se halló la posibilidad de ginecomastia como efecto secundario a la toma de enalapril. Se suspendió enalapril y se pautó losartan 25 1/0/1, disminuyendo PRL a 173 en un mes. Se evidenció mejoría importante pero se continuaba con elevación por lo que se decidió el inicio de tratamiento con cabergolina 0,5 mg 2 veces/semana con una disminución a 35,6 tras 2 meses de tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fistera.
2. Ficha técnica enalapril, rosuvastatina, clortalidona.