

Doctora, ¿puede ser un mordisco?

B. Moreno Caballero^a, R. Cabral Rodríguez^a, E. Clemente Lirola^a y J. Garrido Asensio^b

^aMédicos de Familia. ^bDiplomado Universitario en Enfermería. Centro de Salud Aquitania. Área 4. Madrid.

La ginecomastia es el aumento de la glándula mamaria en el varón y puede ser consecuencia de causas tanto benignas como malignas, pero el poder diferenciarlas precozmente puede resultar bastante difícil. Presentamos el caso de un varón joven en el que se aprecian varias causas posibles de ginecomastia pero en el que una correcta anamnesis hubiera ayudado a orientar el diagnóstico más rápidamente.

Palabras clave: ginecomastia, necrosis grasa, lipodistrofia, diagnóstico diferencial, Atención Primaria.

Gynecomastia is the enlargement of the breast in the male and may have a benign as well as malignant cause. However, differentiating them early is quite difficult. We present the case of a young male in which several possible causes of gynecomastia are seen. However, a correct clinical history could have helped to orient the diagnosis more quickly.

Key words: gynecomastia, fat necrosis, lipodystrophy, differential diagnosis, Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN

Se denomina ginecomastia a cualquier desarrollo visible o palpable de la glándula mamaria en el varón. Un aspecto esencial del estudio del tejido mamario en el varón es separar los hallazgos normales de los patológicos, y a veces resulta difícil diferenciar el tejido mamario verdadero de las masas de tejido adiposo que no suponen un aumento de la glándula y que se llama lipomastia.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Se trata de un varón joven de 39 años que trabaja en cocina. No alergias medicamentosas conocidas; no hipertenso ni diabético. Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) positivo por relaciones homosexuales desde 1990 y en tratamiento con antirretrovirales desde 1994. Intervenido quirúrgicamente de condilomas anales en 1994 y de sinus pilonidal en 2002. Fumador de un paquete de tabaco al día, no bebedor y consumidor habitual de hachís y éxtasis.

Acude a la consulta por aumento de la mama derecha de uno o dos meses de evolución sin supuración ni telorrea. No más síntomas asociados.

En la exploración se aprecia un bulto de 2 cm de tamaño subareolar doloroso a la palpación.

Comenzamos el estudio de ginecomastia unilateral en el varón. En la analítica se encuentra una ligera leucocitosis 13.370 leucos/mm³ con fórmula normal, sin anemia pero con macrócitosis con volumen corpuscular medio (VCM) 107 fl y una bioquímica normal salvo un aumento de triglicéridos 299 mg/dl y una gammaglutamil transpeptidasa (GGT) de 68 U/l con resto de parámetros hepáticos normales.

El resultado hormonal es el siguiente: hormona tiroestimulante (TSH) 3,22 uUI/ml (0,35-5,50), hormona foliculoestimulante (FSH) 8,3 mUI/ml (1-17), hormona luteinizante (LH) 12,23 mUI/ml (1,4-9,3), prolactina 20,23 ng/ml (1,5-17)*, testosterona 8,86 ng/ml (2,4-9) y 17-beta-estradiol 43,98 pg/ml (0-54).

Seguimiento

En nuestro paciente todas las pruebas hormonales y hepáticas fueron normales; la ecografía detectaba una ginecomastia a filiar y se le practicó una punción aspiración con aguja fina (PAAF) cuyo resultado fue una necrosis grasa en reparación. Se le explicó al paciente que no había datos de malignidad, y volviendo a hacer una breve anamnesis refirió un antecedente traumático (un mordisco) en la mama, que justificaba la lesión.

Correspondencia: B. Moreno Caballero.
C/ del Pez 15, 2.^o centro.
28004 Madrid.

Correo electrónico: barbaramoreno71@yahoo.es

Recibido el 27-09-04; aceptado para su publicación el 12-04-05.

*Nota del autor⁵: como cifras normales de prolactina plasmática se admiten hasta un máximo de 28 ng/ml, aunque los valores habituales varían de 1,5 a 17 ng/ml.

DISCUSIÓN

Todo tejido mamario palpable en el varón, excepto los tres estados denominados fisiológicos (recién nacido-adolescente-anciano), obliga a un estudio detallado y una correcta anamnesis, ya que diferenciar *a priori* las lesiones benignas de aquellas que pueden reflejar una endocrinopatía o una lesión maligna es bastante difícil.

El crecimiento de la mama en el varón, al igual que en la mujer, depende de los estrógenos y se debe a alteraciones del cociente normal de andrógenos/estrógenos activos en el plasma¹. Existen circunstancias bastante comunes en Atención Primaria que pueden alterar este cociente y que debemos tener en cuenta a la hora de iniciar el estudio (tabla 1 y fig. 1). Entre ellas, el hipertiroidismo y la enfermedad hepática son importantes por su frecuencia y porque ambas aumentan la producción de estrógenos en el plasma.

Los fármacos también producen ginecomastia por diversos mecanismos. Muchos de ellos actúan directamente en el tejido mamario o bien ocasionan un aumento de la actividad estrogénica, favoreciendo el crecimiento de la glándula mamaria.

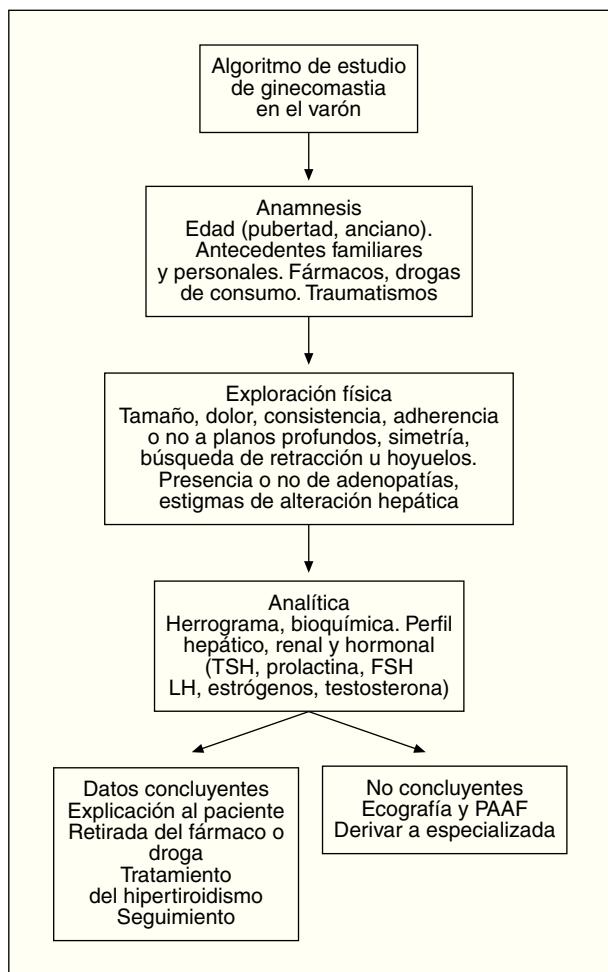


Figura 1. Algoritmo de estudio de una ginecomastia en el varón. TSH: hormona tiroestimulante; FSH: hormona folículoestimulante; LH: hormona luteinizante; PAAF: punción aspiración con aguja fina.

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de la ginecomastia¹

Ginecomastia fisiológica
Recién nacido
Adolescencia
Envejecimiento
Ginecomastia patológica
Producción o acción deficiente de testosterona
Anorquidia congénita
Síndrome de Klinefelter
Resistencia a los andrógenos
Defectos de la síntesis de testosterona
Insuficiencia testicular secundaria (orquitis viral, traumatismo, castración, enfermedades neurológicas e insuficiencia renal)
Aumento de la producción de estrógenos
Tumores testiculares
Carcinoma pulmonar
Enfermedad suprarrenal
Enfermedad hepática
Hipertiroidismo
Fármacos
Estrógenos (diethylstilbestrol, píldoras anticonceptivas, digital)
Gonadotropinas
Inhibidores de la síntesis de testosterona, de su acción o de ambas (ketoconazol, agentes alquilantes, espironolactona, cimetidina)
Mecanismos desconocidos (busulfán, etionamida, isonicacida, metildopa, antidepresivos tricíclicos, penicilamina, diazepam, marihuana, heroína)
Antirretrovirales
Idiopática
Carcinoma de mama
Necrosis grasa traumática

Hay fármacos, sin embargo, cuyo mecanismo no está bien aclarado, entre los que se encuentran antidepresivos tricíclicos, metildopa y diazepam. Por otro lado, drogas de consumo como la marihuana y la heroína son capaces también de producir ginecomastia; pero el desconocimiento de este hecho, aun siendo frecuente su consumo, hace que pocas veces lo incluyamos como parte de nuestra anamnesis.

Se ha visto recientemente que los antirretrovirales producen ginecomastia y también lipodistrofia debido a una distribución anómala de la grasa^{2,3}, pero es importante diferenciar la verdadera ginecomastia debido a un incremento del tejido ductal y periductal de la lipodistrofia. Las técnicas de imagen podrían ayudarnos en este sentido, y mientras la ecografía valora la ginecomastia como un área de ecogenicidad intermedia, la mamografía y la resonancia magnética nuclear aprecian mejor esta diferencia². Sin embargo, su poca accesibilidad en nuestras consultas hace que su uso no esté extendido entre los médicos de Atención Primaria. La necrosis grasa que presentaba nuestro paciente es una lesión rara e inocua que sólo es importante porque produce una masa⁴. La mayoría de los pacientes tienen antecedentes de algún traumatismo previo. Durante etapas tempranas, la lesión es pequeña, a menudo hipersensible y bien delimitada. Es posible que se desarrollen calcificaciones y la tendencia del tejido fibroso a adherirse a la piel suprayacente a veces origina hoyuelos o retracción que también pueden ser causados por cáncer.

El carcinoma de mama masculina es un acontecimiento raro con un porcentaje de frecuencia con respecto al de la mujer de 1:125. Ocurre generalmente en edades avanzadas, y debido a la escasa sustancia mamaria del varón la neoplasia infiltra con rapidez la piel que está sobre ella.

Nuestro paciente tuvo un antecedente traumático, pero este hecho no se tuvo en cuenta ni se consideró relevante preguntarlo hasta que ya teníamos el resultado de la anamnesis patológica.

El estudio de la ginecomastia unilateral en el varón es importante porque abarca la posibilidad de encontrar desde lesiones banales, como la de nuestro caso, hasta lesiones graves que requieren un diagnóstico temprano.

Así pues, con este artículo queremos hacer hincapié en lo importante que resulta la mayoría de las veces detenerse en una correcta anamnesis para encaminar lo antes posible el diagnóstico y el tratamiento de nuestros pacientes.

Implica quizás más tiempo al principio, pero es un tiempo que se gana después.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wilson JD. Enfermedades endocrinas de la mama. En: Wilson JD, Braumwald E, Isselbacher KJ, Petersdorf RG, Martin JB, Fauci AS, Root RK, editores. Principios de Medicina Interna. 12.^a ed. Madrid: Interamericana-Mc Graw-Hill; 1991. p. 2082-6.
2. Schinina V, Bussi Rizzi E, Zacarelli M, Carvelli C, Bibbolino C. Gynecomastia in male HIV patients, MRI and US findings. *J Clin Imaging*. 2002;26:309-13.
3. López Colomés JL. Estado actual del tratamiento de la infección por el VIH. *FMC*. 2002;9:684-95.
4. Robbins SL, Kumar V. Aparato genital femenino y mamas. En: Robbins SL, Kumar V, editores. *Patología humana*. 4.^a ed. México: Interamericana. Mc Graw-Hill; 1990. p. 645-85.
5. Balcells Gorina A. Pruebas funcionales endocrinas. En: Masson S.A. ediciones. *La clínica y el laboratorio. Interpretación de análisis y pruebas funcionales*. 17.^a ed. Barcelona: Masson S.A.; 1997. p. 333-71.