

# Ginecomastia bilateral y tratamiento con omeprazol

**Sr. Director:** el aumento palpable de las mamas en los varones, o ginecomastia, se presenta en un 30% de los mayores de 40 años. La ginecomastia se debe a un aumento del cociente estrógenos y andrógenos activos y los medicamentos son una causa frecuente<sup>1,2</sup>. El omeprazol fue descrito como causa de ginecomastia en el varón por primera vez en 1991<sup>3</sup>, y desde entonces los casos publicados han sido escasos, algunos de ellos procedentes de nuestro país<sup>4,5</sup>.

Presentamos un caso de ginecomastia bilateral dolorosa en un varón tras la toma de omeprazol.

**Caso clínico.** Se trata de un paciente varón de 71 años, sin hábitos tóxicos con hipertensión arterial e hipercolesterolemia. Con motivo de una cardiopatía isquémica se le practicó un *by-pass* aorto-coronario, y se inició tratamiento con atorvastatina (20 mg/día), AAS (100 mg/día) y omeprazol (20 mg/día). A los dos meses comenzó a notar dolor y aumento de volumen de ambas mamas. En la exploración física se apreciaba ginecomastia bilateral dolorosa con un diámetro de cuatro centímetros. Los testículos eran de tamaño y morfología normales, no presentaba bocio. El resto de la exploración por aparatos era normal. Se retiró el omeprazol y el AAS, y se sustituyó por clopidogrel (75 mg/día). Se practicó una mamografía que confirmó la existencia de ginecomastia bilateral. Las pruebas analíticas practicadas (hemograma, pruebas hepáticas, pruebas renales, TSH) y la radiografía de tórax, fueron normales.

A los diez días de la retirada del omeprazol desapareció el dolor mamario y a los tres meses desapareció la ginecomastia. El paciente ha permanecido asintomático tras diez meses de observación.

El riesgo de desarrollar ginecomastia por un varón tras la toma de omeprazol es muy bajo, se estima una incidencia de 0,25 casos por 1.000 personas/año<sup>6</sup>. Cuando se desarrolla la ginecomastia, el tiempo medio de aparición es de 2,9 meses<sup>7</sup>.

En los casos de crecimiento rápido y tamaño de la mama mayor de cuatro centímetros debe descartarse en pri-

mer lugar la causa farmacológica, si la exploración física es normal y tras la retirada del fármaco hay respuesta clínica en un mes, basta la determinación de función tiroidea, hepática y renal. Si no se cumplen estas condiciones hay que realizar estudio hormonal con LH, testosterona,  $\beta$ -HCG, estradiol plasmático y sulfato de deshidroepiandrosterona (S-DHEA), aunque la decisión final dependerá del contexto clínico. En caso de crecimiento rápido sin etiología, masa fija en tejido subyacente o unilateral, descartar una posible neoplasia mamaria mediante mamografía, esta también se puede realizar en casos con duda diagnóstica para confirmar la ginecomastia<sup>1,2</sup>.

A pesar de que la ginecomastia por omeprazol es una reacción adversa conocida desde hace años, su interés radica en que el omeprazol es uno de los principios activos más prescritos en nuestro medio, por lo cual, y a pesar de su escasa incidencia, es probable que existan muchos casos no reconocidos que serían fácilmente subsanables con su retirada.

M. BEL REVERTER<sup>a</sup>, E. COLOMER RUBIO<sup>b</sup>,  
F. RUIZ CORDOBA<sup>a</sup>, Y E. SEMPERE VERDU<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Centro de salud de Paterna. Agencia Valenciana de Salud. Valencia. España.

<sup>b</sup>Hospital Arnau de Vilanova. Agencia Valenciana de Salud. Valencia. España.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bhasiw S, Jameson JL. Disorders of the testes and male reproductive system. En: Kasper DL, et al, editores. Harrison Principios de medicina interna. 16.<sup>a</sup> ed. New York: Mc Graw Hill; 2005.
2. Bae A, Bhasin S, Swerdloff RS. Male reproductive disorders in adults. En: Lavin N, editor. Manual of Endocrinology and Metabolism. 3th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins; 2002. p. 260-90.
3. Santucci L, Farroni F, Fiorucci S, Morelli A. Ginecomastia during omeprazole therapy. N Eng J Med. 1991;324:63.
4. Pedrosa M, Sancho A, Benavent J, Casajuana J. Gynecomastia induced by omeprazole. Med Clin (Barc). 1994;102:435.
5. Carvajal A, Martín Arias LH. Gynecomastia and sexual disorders after the administration of omeprazole. AJG. 1995;90:1028-9.
6. García LA, Jick H. Risk of gynaecomastia associated with cimetidine, omeprazole, and other antiulcer drugs. BMJ. 1994;308:503-506.
7. Lindquist M, Edwards IR. Endocrine adverse effects of omeprazole. BMJ. 1992;305:451-2.