



# Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

## Ginecomastia bilateral en un paciente con infección por virus de la inmunodeficiencia humana de tipo 1

Bilateral gynecomastia in a patient with human immunodeficiency virus infection

Susana Puerta-Fernández<sup>a</sup>, Ana Belén Ferro-Expósito<sup>a</sup>, Rosario Palacios<sup>a</sup> y Jesús Santos<sup>b,\*</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga, España

<sup>b</sup> Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

On-line el 13 de mayo de 2009

#### Caso clínico

Varón de 43 años con infección por virus de la inmunodeficiencia humana de tipo 1 (VIH-1) de 10 años de evolución, sin episodios oportunistas ni otras enfermedades. Inició tratamiento antirretrovírico (TAR) en el año 2002 con zidovudina (500 mg/día), lamivudina (300 mg/día) y lopinavir con ritonavir (400/100 mg 2 veces al día) y, posteriormente, desde 2005 el tratamiento fue atazanavir con ritonavir (ATV/r) en dosis de 300/100 mg/día y tenofovir con emtricitabina (TVD) coformulado en un comprimido único diario (300/200 mg/día). Este último tratamiento lo continuaba hasta la actualidad con buena tolerancia y adherencia. En una visita de rutina en febrero de 2008 consultó por crecimiento indoloro y simétrico de ambas mamas que eran ligeramente sensibles a la palpación (fig. 1). Tres meses antes se le había prescrito tratamiento con 800 mg/día de acetato de megestrol (AM) por inapetencia. El recuento de linfocitos CD4 fue de  $523 \times 10^6/l$  y la carga vírica de VIH fue indetectable (inferior a 50 copias/ml). El resto de la exploración y la analítica de rutina fueron normales.

#### Evolución

Se le realizó una ecografía que mostró unas mamas homogéneas sin nódulos. Se realizó también un estudio hormonal que incluía hormona tiroestimulante, prolactina, hormona foliculoestimulante, hormona luteotrópica y testosterona que fueron todas normales. Se suspendió el AM desapareciendo la ginecomastia en pocas semanas.

#### Diagnóstico

Ginecomastia bilateral secundaria al uso de AM en un paciente con infección por VIH-1.

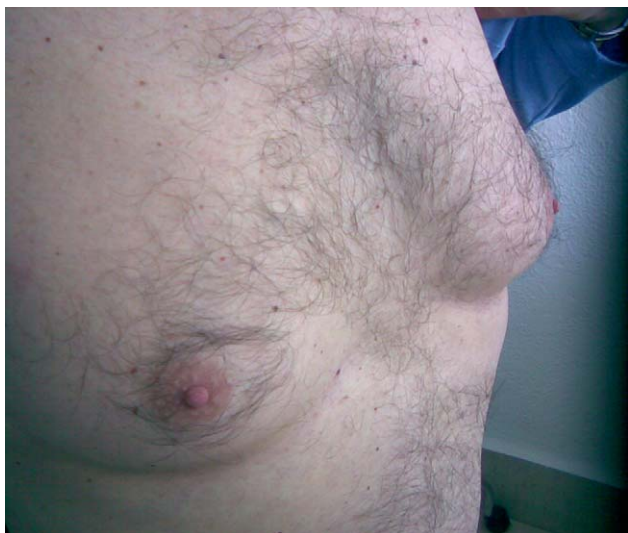
#### Comentario

El AM es un fármaco progestágeno que se utiliza en los síndromes de caquexia o anorexia, tanto en enfermedades neoplásicas<sup>1</sup> como en la infección por VIH<sup>2,3</sup>. En una reciente revisión<sup>1</sup> sistemática de 26 estudios realizada por autores españoles en la que se incluyeron 3.887 pacientes (se trató a 2.320 de estos con AM) se concluyó que este fármaco produce, fundamentalmente en pacientes oncológicos, una mejoría del apetito y una ganancia de peso superior a la que produce el placebo y también ligeramente superior a la de otros fármacos; en ningún caso la mejoría fue inferior. Los efectos adversos asociados al AM fueron impotencia, edemas, trombosis e intolerancia gastrointestinal aunque en ensayos clínicos aleatorizados sólo los edemas han mostrado diferencia significativa con respecto al placebo<sup>1</sup>. Sin embargo, en otra revisión también llevada a cabo por autores españoles sobre 8 estudios aleatorizados realizados en 719 pacientes oncológicos se pone en duda su utilidad<sup>4</sup>.

El crecimiento de las mamas en pacientes varones con infección por VIH puede deberse a procesos malignos que incluyen el adenocarcinoma, el linfoma, el sarcoma de Kaposi o las metástasis<sup>5</sup>. Entre los procesos benignos se incluyen la lipomastia o acumulación de grasa en el contexto del síndrome de lipodistrofia y la verdadera ginecomastia que sería la proliferación de tejido glandular en pacientes varones. El incremento de la concentración de estrógenos o la disminución de las concentraciones de testosterona pueden causar ginecomastia<sup>5</sup>. Estas alteraciones hormonales pueden deberse a tumores testiculares, enfermedad hepática o renal, hipogonadismo o uso de determinados fármacos<sup>5</sup>. Tras la introducción del TAR se han descrito casos de ginecomastia

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: med000854@saludalia.com (J. Santos).



**Figura 1.** Crecimiento homogéneo de ambas mamas.

asociados a éste, especialmente al uso de efavirenz y didanosina, y también en relación con hipogonadismo<sup>6,7</sup>. Aunque la mamografía es la prueba más eficaz para el diagnóstico del cáncer de mama, la ecografía mamaria diferencia bien la lipomastia de la verdadera ginecomastia<sup>8</sup>.

La estabilidad del TAR del caso aquí presentado, la ausencia de relación de este tratamiento (ATV/r + TVD) con la ginecomastia junto con la relación temporal tras la introducción del AM y la resolución de ésta tras su suspensión, indica al AM como el causante de la ginecomastia.

Hay 2 casos en la literatura médica que describen la ginecomastia como efecto adverso del AM en pacientes con infección

por VIH<sup>9,10</sup>. En un caso el paciente tomaba de forma crónica lamivudina, estavudina y efavirenz y desde hacía varios meses AM en dosis de 120 mg/día. Por persistencia de la ginecomastia tras suspender el AM y el TAR se le prescribió tamoxifeno con buena evolución<sup>9</sup>. El otro caso fue un paciente con infección por VIH que se trató con AM y nandrolona<sup>10</sup>.

En resumen, presentamos el caso de un varón con infección por VIH en TAR que presenta una ginecomastia bilateral en relación directa con la toma de AM.

## Bibliografía

1. Pascual López A, Roqué i Figuls M, Urrutia Cuchi G, Berenstein EG, Almenar Pasies B, Balcells Alegre M, et al. Systematic review of acetate in the treatment of anorexia-cachexia syndrome. *J Pain Symptom Manage.* 2004;27(4):360–9.
2. Oster MH, Enders SR, Samuels SJ, Cone LA, Hooton TM, Browder HP, et al. Megestrol acetate in patients with AIDS and cachexia. *Ann Intern Med.* 1994;121(6):400–8.
3. Von Roenn JH, Armstrong D, Kotler DP, Cohn DL, Klimas NG, Tcheckmedyan NS. Megestrol acetate in patients with AIDS-related cachexia. *Ann Intern Med.* 1994;121(6):393–9.
4. Ruiz-García V, Juan O, Pérez Hoyos S, Peiró R, Ramón N, Rosero MA, et al. Acetato de megestrol: una revisión sistemática de su utilidad clínica para la ganancia de peso en los enfermos con neoplasia y caquexia. *Med Clin (Barc).* 2002;119(5):166–70.
5. Pantanowitz L, Connolly JL. Pathology of the breast associated with HIV/AIDS. *Breast Journal.* 2002;8:234–43.
6. Mira JA, Lozano F, Santos J, Ramayo E, Terrón A, Palacios R, et al. Gynaecomastia in HIV-infected men on highly active antiretroviral therapy: Association with efavirenz and didanosine treatment. *Antivir Ther.* 2004;9(4):511–7.
7. Biglia A, Blanco JL, Martínez E, Domingo P, Casamitjana R, Sanbeat M, et al. Gynaecomastia among HIV-Infected patients in associated with hipogonadism: A case-control study. *Clin Infect Dis.* 2004;39(10):1514–9.
8. Gewurz BE, Dezube BJ, Pantanowitz L. HIV and the breast. *AIDS Read.* 2005;15(8):392–6.
9. Kegg S, Lau R. Tamoxifen in antiretroviral-associated gynaecomastia. *International Journal of STD & AIDS.* 2002;13(8):582–3.
10. Cuerda C, Zugasti A, Bretón I, Cambor M, Miralles P, García P. Treatment with nandrolone decanoate and megestrol acetate in HIV-infected men. *Nutr Clin Pract.* 2005;20(1):93–7.