



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^a, Ana Belén Ferro-Expósito^a, Rosario Palacios^a y Jesús Santos^{b,*}

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga, España

^b 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 neoplásicas¹ como en la infección por VIH^{2,3}. En una reciente revisión¹ 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 placebo¹. 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 utilidad⁴.

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 metástasis⁵. 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 ginecomastia⁵. Estas alteraciones hormonales pueden deberse a tumores testiculares, enfermedad hepática o renal, hipogonadismo o uso de determinados fármacos⁵. Tras la introducción del TAR se han descrito casos de ginecomastia

* Autor para correspondencia.

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

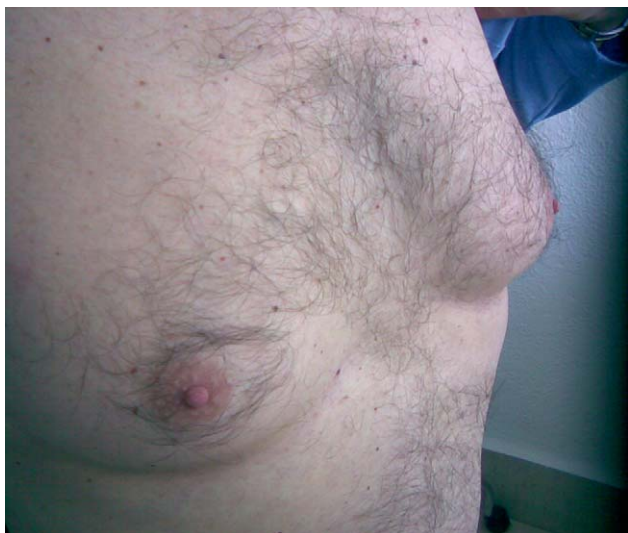


Figura 1. Crecimiento homogéneo de ambas mamas.

asociados a éste, especialmente al uso de efavirenz y didanosina, y también en relación con hipogonadismo^{6,7}. 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 ginecomastia⁸.

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^{9,10}. 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 evolución⁹. El otro caso fue un paciente con infección por VIH que se trató con AM y nandrolona¹⁰.

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.