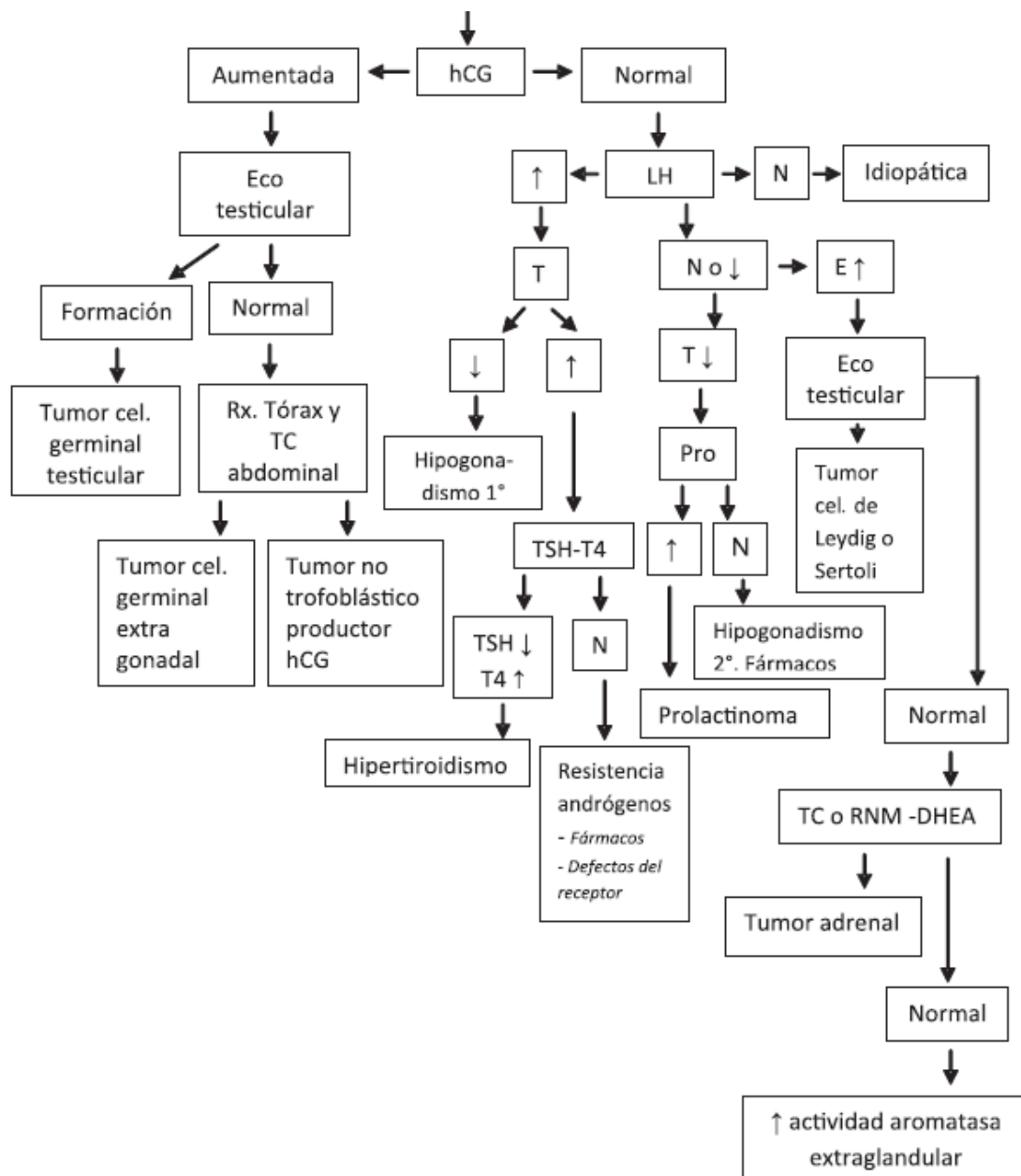


ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS

FICHA Nº 4

Dr. Silvia I. Falasco

ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE GINECOMASTIA



hCG: gonadotropina coriónica humana; LH: hormona luteinizante; T: testosterona; E: estradiol; DHEA: dehidroepiandrosterona

La ginecomastia es la presencia de tejido mamario palpable en el varón, que puede ser ocasionado por un aumento de los estrógenos o una disminución de la testosterona, con aumento de la relación estrógenos/testosterona. Puede ser fisiológica (recién nacido, púberes), bilateral o unilateral. 1/3 de los adultos normales y más del 50% de los hombres hospitalizados y ancianos tiene ginecomastia.

Los tumores testiculares o adrenales productores de estrógenos son raros (T. de cel. Leydig o Sertoli). Los tumores adrenocorticales feminizantes suelen ser de comportamiento maligno. Pueden producir estrógenos directamente, pero en general secretan grandes cantidades de DHEA que se convierten en estrona en los tejidos periféricos. El testículo puede sintetizar estrógenos en respuesta a la hCG segregada por un tumor testicular, tumor de cel. germinales extragonadal (carcinoma embrionario, coriocarcinoma, teratoma) o tumor no trofoblástico (carcinoma de pulmón de células grande, de riñón, de células gástricas). En el hipertiroidismo hay un aumento de la síntesis hepática de SHBG (globulina transportadora de hormonas sexuales) que transporta a los tejidos una mayor cantidad de estrógenos y una mayor producción de éstos por aromatización. En la hiperprolactinemia se produce una supresión de la producción de gonadotropinas con el subsecuente hipogonadismo hipogonadotrófico. Otras causas de ginecomastia: cirrosis, alcoholismo, insuficiencia renal crónica y diálisis, DM tipo 1, malnutrición.

Fármacos: Aumento de la actividad estrogénica (estrógenos, clomifeno, digital, gonadotrofinas, cosméticos, fitoestrógenos). Inhibición de la actividad androgénica (ketoconazol, metronidazol, IBP, flutamida, bicalutamida, espironolactona, agentes alquilantes, cisplatino). Mecanismo desconocido (bloqueantes cálcicos, marihuana, diazepam, antidepresivos tricíclicos, isoniacida, amiodarona, metildopa, anfetaminas). Dudosa relación (estatinas, metoclopramida, fenitoína).

En más del 50% de los casos no se encuentra un mecanismo fisiopatológico (idiopático).

BIBLIOGRAFÍA

1. Braunstein Glenn D. Gynecomastia. *N Engl J Med* 2007; 357:1229-1237
2. Cuhaci N, Polat SB, Evranos B, Ersoy R, Cakir B. Gynecomastia: Clinical evaluation and management. *Indian J Endocrinol Metab* 2014; 18(2): 150-158
3. Braunstein GD. 93rd Annual Meeting of the Endocrine Society 2011: 210-214
4. Gikas P, Mokbel K. Manejo de la ginecomastia. *Int J Clin Pract* 2007; 61(7): 1209-1215