

Ginecomastia



Joanna Milena Márquez Fernández

Médica Internista Endocrinóloga Universidad de Antioquia

Magíster en Epidemiología Universidad CES

Endocrinóloga Clínica Las Vegas

Aspectos psicológicos



- Alteración imagen corporal
 - Avergonzarse de su condición
 - Miedo a ser cuestionado en su identidad sexual
 - Matoneo
- Depresión
- Ansiedad
- Desordenes alimentarios, obesidad
- Disminución de la autoestima
- Disminución de la calidad de vida

¿Ginecomastia o lipomastia?

Ginecomastia:

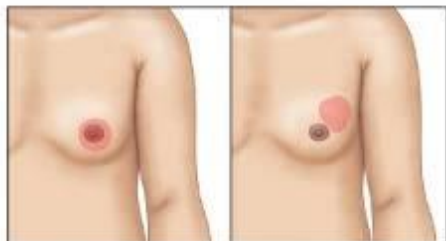
Proliferación de tejido glandular en la mama masculina

Lipomastia o pseudoginecomastia:

Depósito de grasa sin proliferación glandular, en hombres obesos.



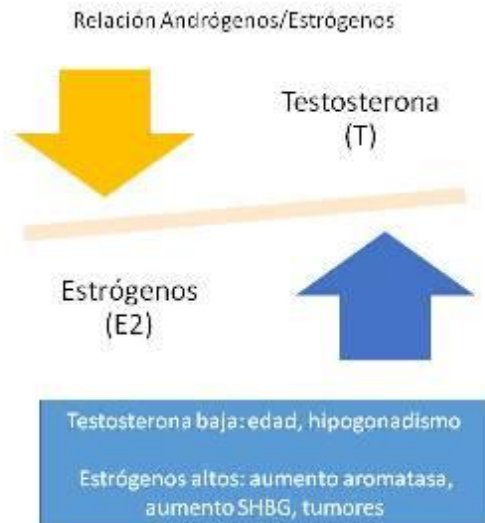
¿Será que tengo cáncer de mama?



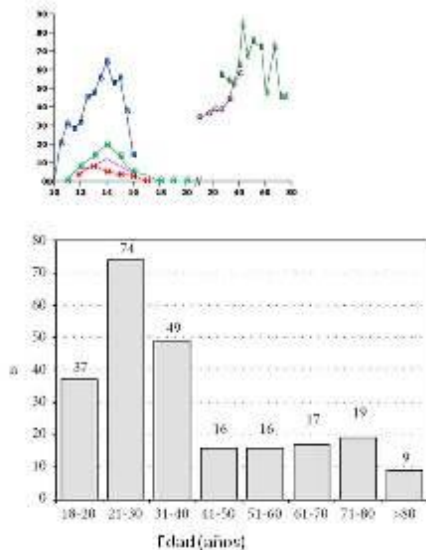
- 0.2% de los cánceres en hombres
- Patología ginecomastia: 0.11% Ca invasivo y 0,18% in situ
- Síndrome Klinefelter 20-50 veces mayor riesgo
- Factores de riesgo:
 - Obesidad, alcohol, estrógenos
 - RT tórax y abdomen
 - Historia familiar BRCA2

Causas de ginecomastia

- Fisiológica
- Enfermedades endocrinas
- Enfermedades no endocrinas
- Medicamentos y otras sustancias



Causas de ginecomastia en 237 pacientes (6 centros Buenos Aires, Argentina)

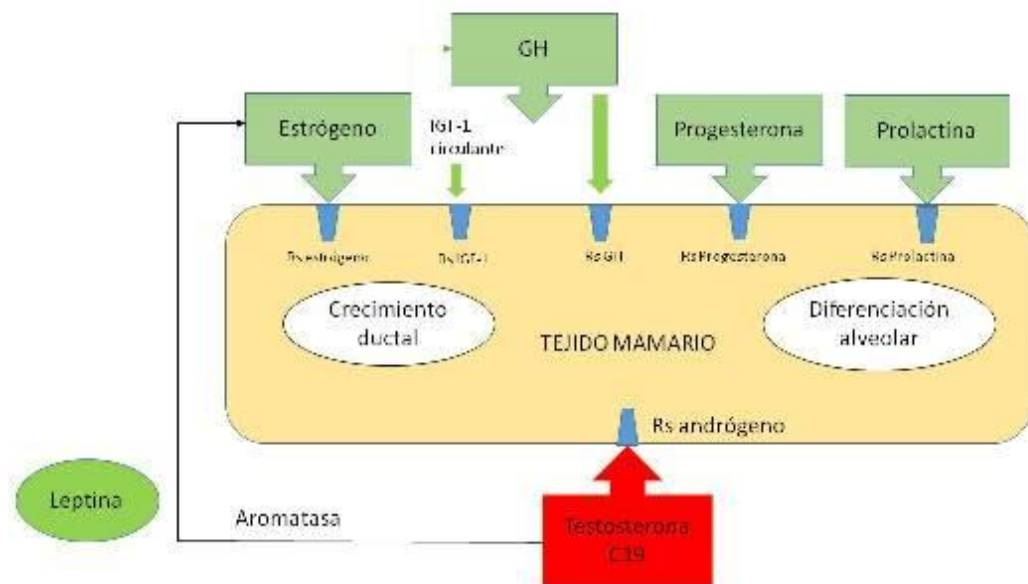


Causas	N	Porcentaje (%)
Esteroides anabólicos	34	13.9
Hipogonadismo	27	11
Medicamentos	19	7.8
Pubertad persistente	15	6.2
Hiperprolactinemia	14	5.7%
Marihuana	8	3.3%

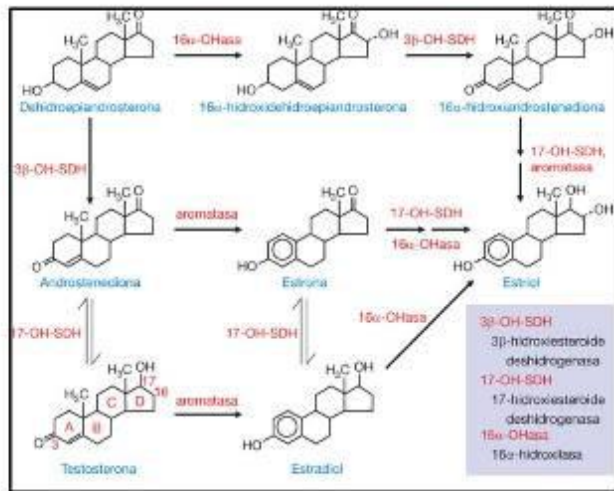
Ginecomastia en 786 hombres

Causa	Porcentaje
Inexplicada	57%
Medicamentos	17%
Hipogonadismo 1 y 2	14%
Hipertiroidismo primario	2%
Hiperprolactinemia	1%

Medicamento	N
Espironolactona	19
Estatinas	17
Inhibidores bomba protones	7
Digoxina	6
Morfina	6



Aromatización de los andrógenos



Ginecomastia fisiológica

Neonatal

- 60-90% neonatos
- Varias semanas luego nacimiento, hasta 1 año
- Estrógenos y progesterona maternos

Puberal

- 50-60% adolescentes a la edad 14 años
- Resuelve en menos de 3 años
- Aumento actividad aromatasa, ↓ relación A/E2

Adulto

- 24-65% hombres entre 50-69 años
- Obesos
- Aumento aromatasa y SBHG y andropausia

Causas endocrinas

- Hipotiroidismo (hiperprolactinemia, reducida secreción testosterona)
- Hipertiroidismo (aumento actividad aromatasa y SHBG)

- Obesidad (aumento actividad aromatasa)
- Hipogonadismo (descenso andrógenos)
- Resistencia andrógenos (exceso andrógenos)

- Tumores testiculares 1-2% casos (Cel Leydig, Cel Sertoli, Cel granulosa) y adrenales)
 - Sobreproducción de estrógenos
 - Sobreproducción de andrógenos con aromatización periférica
 - Secreción ectópica de gonadotropinas
- Ginecomastia familiar (sobre-expresión aromatasa), Síndrome de Kallman, complejo de Carney, Síndrome de Peutz-Jeghers, hiperplasia adrenal congénitas.



Causas no endocrinas

- Enfermedad renal terminal (falla testicular primaria)
- Enfermedad hepática (exceso estrógenos?, mejora con testosterona)

- Síndrome de realimentación
- Infección VIH (hipogonadismo multifactorial)

Psicofármacos

Fenotiazinas
Antidepresivos tricíclicos
Haloperidol
Diazepam

Hormonales

Esteroides anabólicos- Testosterona
Gonadotropina coriónica humana
Hormona del crecimiento
Anti-andrógenos
Estrógenos

Drogas de abuso

Marihuana
Alcohol
Heroína
Anfetaminas

Fármacos relacionados con ginecomastia

Antibióticos

Isoniazida- Etionamida
Fluconazol- Ketoconazol
Metronidazol
HAART (Indinavir)

Fármacos cardiovasculares

Espironolactona
IECA- ARA II
Verapamilo- Nifedipino – Diltiazem
Amiodarona
Metildopa, Minoxidil

Hormonales

Inhibidores de la bomba de protones
Metoclopramida- Domperidona
Ranitidina
Opioides
Metotrexate

Anamnesis

- AP: uso medicamentos, alcohol y drogas abuso.
- Signos y síntomas que sugieran enfermedad de base
 - Tirotoxicosis
 - Hipogonadismo y obesidad
 - ERC y enfermedad hepática
- Examen mama: sugiere cáncer masa firme indolora, piel de naranja, retracción del pezón, adenomegalia axilar
- Examen testicular
 - Atrofia: falla testicular
 - Asimetría sugiere tumor
 - Masa es rara incluso en presencia tumores testiculares

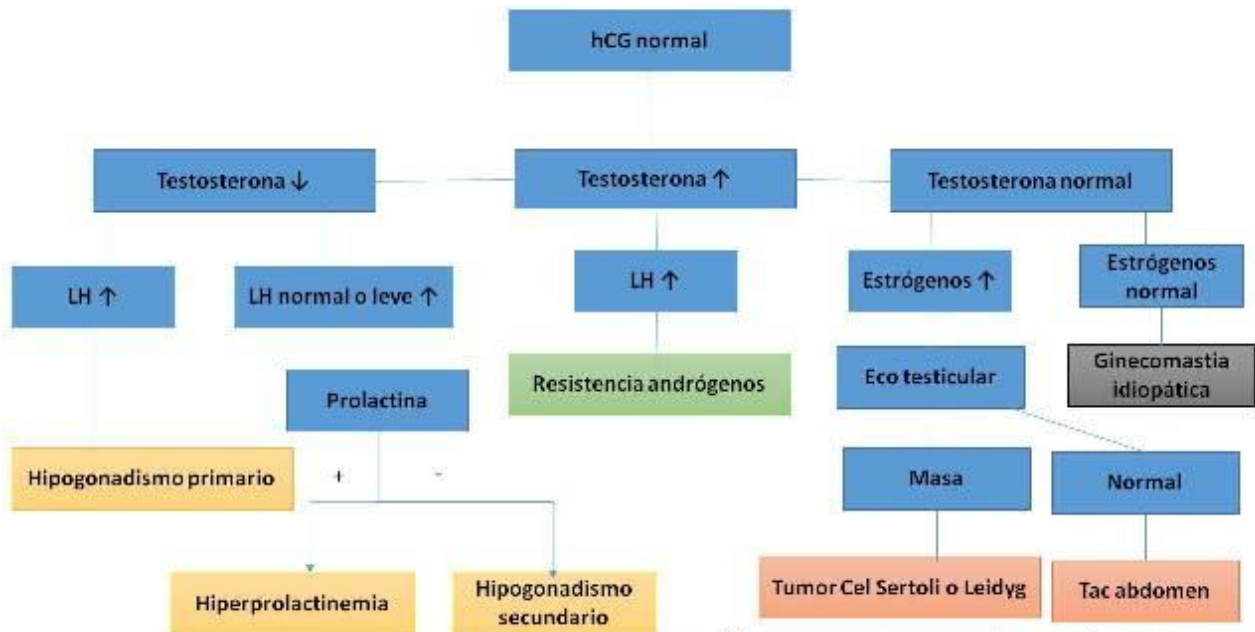
Laboratorio

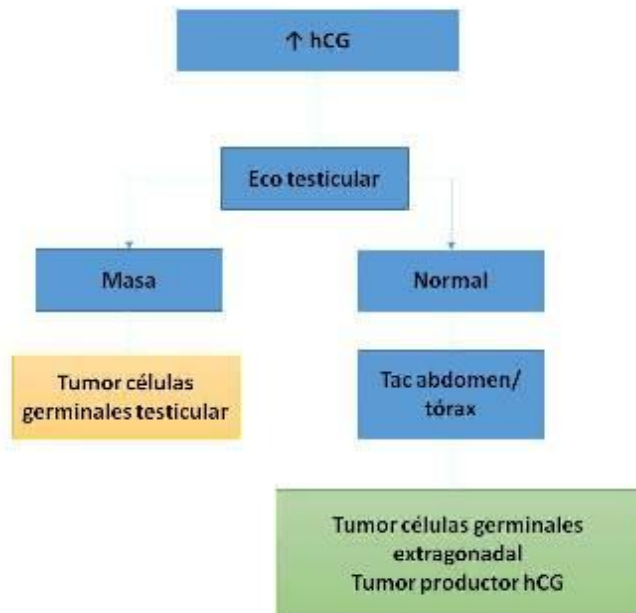
- LH, testosterona total, estradiol, β hcG
- Prolactina, SHBG

- Cariotipo: sospecha Klinefelter
- Función renal, hepática y tiroidea

- Estudios adicionales según sospecha clínica
- Aparición rápida: bhCG, DHEA-S04







Tto médico

- En caso enfermedad primaria: tratamiento enfermedad primaria
- Suspender medicamento sospechoso

- Si no hay causa subyacente: seguimiento c/3 meses hasta que regrese o se estabilice
- Si es severa, no hay enfermedad subyacente, tratamiento médico
- Danazol mal tolerado
- Dihidrotestosterona
- Tamoxifeno 20mg al día al menos 3 meses

Role of tamoxifen in idiopathic gynecomastia: A 10-year prospective cohort study

Gurdeep S. Mannu MRCSEd¹ | Maria Sudul MSc² | Joao H. Bettencourt-Silva PhD³ |
Sandra Maria Tsoti BSc⁴ | Giles Cunnick FRCS⁵ | Sk Farid Ahmed FRCS⁵

- Cohorte prospectiva, 2004-2015
- N=81 adultos
- Tamoxifeno 10mg/día, promedio duración tratamiento 7 meses

- Edad promedio 42.8 años
- 71,6% unilateral, 87,7% mastalgia
- Respuesta completa ginecomastia n=73 (90,1%)
- No hubo complicaciones tromboembólicas

Tratamiento quirúrgico

- Si persiste
- 20% gir
- Compro
- Sospec
- Cirugía



ombinadas

Prevención en pacientes con Ca de próstata

- Deprivación androgénica: piedra angular tto medico en Ca próstata
- 80% pacientes desarrollaran ginecomastia 6-9 meses
- Viani GA. Tamoxifeno mejor que radioterapia mama OR 0.04 vs 0.21
- Boccardo et al. Semana 48, 10% pacientes con tamoxifeno hacen ginecomastia vs 53% anastrozole

Gracias!!!!