

Macroginecomastia bilateral postpuberal por macroadenoma hipofisario. Lactotropo.

Dra. Bárbara Calderín Sharp, Dr. Cormac Bustillo Tur

RESUMEN

Los adenomas hipofisarios representan 10 a 15% del total de los tumores intracraneales; siendo el más frecuente el prolactinoma.

Se presenta un paciente de 43 años de edad que acude a la Consulta de Endocrinología por un aumento de las mamas: ginecomastia bilateral. El examen físico nos mostró como datos positivo un aumento grande de las regiones mamarias: macroginecomastia bilateral. Se realiza Resonancia Magnética Nuclear (IRM, siglas en inglés) de silla turca donde se confirma un Macroadenoma hipofisario con aumento de los niveles de prolactina. No hemos encontrado otras descripciones de esta enfermedad en artículos nacionales cubanos acompañados de macroginecomastia bilateral por un prolactinoma, lo que motivó la presentación de este caso clínico.

Palabras clave: adenomas, prolactinoma, macroginecomastia, bilateral.

INTRODUCCION

Los adenomas hipofisarios son tumores muy frecuentes, representan 10 a 15% del total de los tumores intracraneales y son detectados entre un 3,2 a 27% de las autopsias. El prolactinoma es el más frecuente durante y después de la pubertad.^{1,2,3}

Se presenta un paciente de 43 años de edad que acude a la Consulta de Endocrinología por un aumento de las mamas: ginecomastia bilateral de más de 10 años de evolución, no antecedentes patológicos

personales. El examen físico nos mostró como datos positivo un aumento grande de las regiones mamarias: macro ginecomastia bilateral. La evaluación cardiorrespiratoria fue normal y no se palparon alteraciones abdominales, ni genitourinarias. Se realiza Resonancia Magnética Nuclear (IRM, siglas en inglés) de silla turca donde se confirma un Macroadenoma hipofisario con aumento de los niveles de prolactina.^{4,5,6,7} Son muy escasos los informes de esta entidad en la literatura médica, y hasta el momento no hemos encontrado otras descripciones de esta enfermedad en artículos nacionales cubanos acompañados de macroginecomastia bilateral por un prolactinoma, lo que motivó la presentación de este caso clínico.^{8,9,10}

SUMMARY

The pituitary adenomas represents from 10 to 15 % of the total of the intracranial tumors of which the prolactinoma is the most frequent one. It is represented a 45-year old patient who attends to the endocrine consultation service as a consequence of an increase in size of the bilateral gynecomastia breasts. The physical examination showed us, as positive data, a big increase of the mammary bilateral macro gynecomastiaregions.

It is carried out a magnetic resonance imaging test (IRM) of a Turkish chair modality where it is confirmed a Pituitary macroadenomas, along with an increase of the levels of prolactin. We have not found other descriptions of that disease in Cuban national and related articles which could be accompanied of

the bilateral-macro gynecomastia and a prolactinoma which caused the presentation of that clinical case.

Key Words: adenoma, prolactinoma, macrogynecomastia, bilateral

PRESENTACIÓN DE UN CASO

Paciente: F.L.M

Edad: 43 años.

Sexo: Masculino.

Color de la piel: Negro

Motivo de consulta: Aumento de las regiones mamarias. **H.E.A:** Paciente de 43 años de edad son APP de que acude a nuestras consultas en el Hospital Universitario "Calixto García" por un aumento de las mamas (ginecomastia bilateral) de más de 10 años de evolución, no relacionado con la ingestión de ningún medicamento, ni presencia de alguna otra sintomatología, por lo que se decide realizar estudio para diagnóstico y tratamiento. **(Figuras 1 y 2)**¹¹

Al examen físico: Datos positivos:

El examen físico reveló como dato positivo un aumento grande de las regiones mamarias (macro ginecomastia bilateral). La evaluación cardiorrespiratoria fue normal y no se palparon alteraciones abdominales ni genitourinarias.

Mucosas: Húmedas y normocoloreadas

Tórax: Aumento de la región mamarias.

Aparato genitourinario y genitales externos: No alteraciones

Exámenes Complementarios: (12/11/10).

Hto: 0,40 vol /l

Leuco: 7,3 x 10 /l

p- 0,69

l - 0,30

m- 0,01

TGP-24 u/l

TGO-25 u/l

BT-13,2 mmol/l

Colesterol- 4, 5mmol/l

Tg-1, 35mmol/l

Glicemia-5,3mmol/l

Ácido Úrico-430 mmol/l

Urea-4, 2mmol/l

Creatinina- 75 mmol/l

HIV: negativo

Estrógenos -60, 1 pmol/ (vr: 55-260).

Testosterona-6, 24 nmol/l (vr: 10, 4-41,6)

Prolactina: 5070 muI/l (vr: 80-500),

5340 mul/l

FSH- 5,15 UI/L (vr:1,0-10,5)

LH- 2,46 uI/L (vr:1,7-9,4)

Imagenología (29/10/10).

Ultrasonido de Partes Blandas de región pectoral del tórax:

Mama derecha con aumento de tejido mamario su

stituido por TCI.

Mama Izquierda en íntimo contacto con conducto galactífero y de proyección en el cuadrante inferior externo hora 4 y 5 existen dilataciones y conductos llenos de líquidos que predominan en relación con galactíferos.

Sugieren galactorrafía

Mama derecha dilatación de conductos pero menos que el izquierdo

Resto de órganos del hemi-abdomen superior (HAS) sin alteraciones.

Rx de Silla Turca: Aumento de tamaño de la silla turca.

IRM-Se realiza con secuencias de T1 sagital y coronal apreciándose silla turca con agrandamiento discreto (diámetros AP-13cm y profundidad -10mm con anchura 12mm en la que se muestra una imagen de bajo ecogenicidad que relación con posible Macroadenoma Hipofisario (Prolactinoma).

Espermograma:(10/11/10)

Volumen: 1 ml

Consistencia: normal

- a) movilidad: aumento progresivo -0
- b) lento o progresivo-10%
- c) no progresivo
- d) inmóvil-90%

Viabilidad: 1% de vivos

Espermatozoides -49,000 000

Morfología: 40 % de normales en 100

Células redondas anuladas 10%

Elementos

Leucocitos abundantes, arenilla prostática abundante

Anisospermia mediana

Astenzoospermia marcada

Teratozoospermia mediada

Tratamiento y seguimiento del caso

La alternativa terapéutica de este caso fue inicialmente mediante la administración de agonistas dopaminérgicos como la bromocriptina(tabletas 2,5 mg) comienzo de dosis diaria 0,625 mg (1/4 de tableta)en la noche y se incrementó la dosis diaria hasta 7,5 mg con el objetivo de corregir la hipersecreción hormonal , tamaño del tumor ,edad y sexo del paciente.

Se realizó seguimiento con agonista dopaminérgico y evaluación de la respuesta entre 2 a 3 meses para decidir la cirugía si no se logra la disminución de los valores de PRL y el volumen del adenoma; para lograr como objetivo final del paciente mediante técnica quirúrgica un aspecto normal del tórax masculino, con la menor cicatriz posible, no realizada.¹²

La técnica quirúrgica dependerá principalmente del grado de la ginecomastia, y de la distribución y proporción de los diversos componentes (graso y parenquimatoso) de la mama, existiendo varias alternativas: exéresis quirúrgica simple; liposucción simple; exéresis quirúrgica más liposucción; y exéresis quirúrgica más resección cutánea. La liposucción ha emergido como una de las técnicas más importantes para aplicar en esta patología, sola o en combinación con otros procedimientos.^{13, 14,15}

ANEXOS.

Imágenes

Fig. 1 Macroginecomastia bilateral postpuberal. Vista Frontal



Fig. 2 Macroginecomastia bilateral postpuberal. Vista lateral



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1-Hung S. Estudios en pacientes con tumores hipofisarios y silla turca vacía primaria. Tesis de grado de Doctor en Ciencias Médicas. Hospital clínico quirúrgico

Hermanos Amejeiras. La Habana, 1993: 1-100.

2- Hernández Yero J, Jorge González R. Trastornos de la glándula hipofisaria. Diagnóstico y tratamiento. Editorial Ciencias Médicas. La Habana.2010; 4:181-187.

3- Arce B, Hung S. Impacto de la tecnología en el diagnóstico de los tumores hipofisarios. Rev Cub Med 1989; 28:660.

4-Frantz AG. Prolactin. New Eng J Med 1974:298-301.

5-Díaz O, Alavez Martín E. Prolactina. Control hipotálamico. Temas de Endocrinología. Editorial científico técnica. La Habana. 1985: 69-70.

6- Danila Daniel C. MD. Klibanski Anne MD. Prolactin Secreting Pituitary Tumors in Men. CME Review Articles: Neuroendocrinology. 2001, volume.11 - Issue 2 : 105-111.

7- Hung Endocrinología en ginecología. Editorial Ciencias Médicas. La Habana; 2007; Tomo II: 142-153.

8-Syro LV, Horvath E and Kovacs K. Pituitary disorders. Drug treatment potions. J Endocrinol Invest 2000: 23-37.

9-Berezin M, Shimon J, Adani M. Prolactinoma in 53 men : clinical characteristics and modes of treatment (male prolactinoma). Journal of endocrinological investigation. 1995; 18(6): 436-441 (15 ref.)10-Robinson ,A G. , Nelson PB. Prolactinomas in Women:current therapies. Ann Intern Med,1983; 99:115.

11-Luis D A., Aller, R. Cuellar, L A., Terroba, C., de et al. Anabolizantes esteroideos y ginecomastia: Revisión de la literatura. An. Med. Interna (Madrid) [online]. 2001, vol.18 (9): 45-47. ISSN 0212-7199. <http://dx.doi.org/10.4321/S0212-71992001000900010>.

- 12- Benito-Ruiz, J. Raigosa, M., Manzano, M., Salvador, L. Nuevo paradigma del tratamiento quirúrgico de la ginecomastia. *Cir. Plást. Iberolatinoam.* 2013; vol.39 (2): 121-127. <http://dx.doi.org/10.4321/S0376-78922013000200002>
- 13-Calderón, W. , Cabello R., Calderón, D., Olguín, F., et al. Tratamiento quirúrgico de la región mamaria masculina prominente. *Cir. Plást. Iberolatinoam.* 2010, vol.36 (1): 19-24. ISSN 0376-7892. <http://dx.doi.org/10.4321/S0376-78922010000100004>.
- 14-Oroz J, Pelay M, Roldan P. Ginecomastia: Tratamiento quirúrgico. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra.*2005; vol.28 (2): 109-116. ISSN 1137-6627. <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272005000400012>.
- 15- Gikas P, Mokbel K: Management of gynaecomastia: an update. *Int J Clin Pract* 2007; 61(7): 1209-1215.

INICIO