Relatos Casos Clinicos

PD-035 - (UM19-5044) - QUANDO A CURA SE TORNA DOENÇA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Carmo Coelho Gonçalves[1]; Ana Morgado[1]; Tiago Marabujo[1]

1 - USF Vitrius

O aumento do volume da mama masculina, resultante da proliferação benigna de tecido glandular, define-se como ginecomastia. Esta entidade deve ser distinguida da pseudoginecomastia, frequentemente observada em homens obesos, que resulta igualmente num aumento do volume da mama masculina por deposição de gordura, contudo sem proliferação glandular. A ginecomastia pode ser fisiológica, ocorrendo em diferentes fases da vida, ou ser uma condição patológica causada por tumores, distúrbios endócrinos, drogas de abuso ou medicamentos. Ainda que, na maioria dos casos, a ginecomastia se mostre de causa idiopática, entre as causas mais frequentes destacam-se o uso de esteróides anabolizantes na população jovem e a medicação em pacientes idosos. Estão descritos inúmeros fármacos associados ao desenvolvimento de ginecomastia, nomeadamente a classe das estatinas. Apesar de existirem raros casos descritos que relatem esta associação pensa-se que a ginecomastia ocorra por interferência na biossíntese do colesterol mediada pela inibição da HMG-CoA redutase, resultando numa diminuição da disponibilidade de colesterol para a produção de andrógenos.

Homem, 63 anos, caucasiano, sem antecedentes familiares de relevo e com patologia osteoarticular degenerativa e dislipidemia como antecedentes pessoais. Refere apenas omeprazol 20mg como medicação habitual. Em consulta de rotina verifica-se um colesterol total de 244, LDL de 141 e triglicerídeos de 313, motivo pelo qual se inicia atorvastatina 10mg. Cinco meses mais tarde, numa nova consulta de rotina, menciona notar aumento do volume das mamas e queixa-se de mastalgia, pelo que se pede ecografia mamária. Vem para reavaliação, três meses depois, e mostra resultado de ecografia mamária, revelando ginecomastia unilateral direita de provável natureza iatrogénica. De referir, que o paciente nota dor e aumento do volume mamário desde a introdução da estatina na sua medicação habitual. Em nova consulta de reavaliação, refere agravamento da ginecomastia, motivo pelo qual se pedem análises para exclusão de causas de ginecomastia e se suspende a atorvastatina. Na consulta subsequente, nota diminuição da dor e tamanho mamário e, numa segunda ecografia, verifica-se, efetivamente, redução da ginecomastia à direita. De notar que a função tiroideia e prolactina, nas análises pedidas, estavam normais. Faz-se educação alimentar do paciente e inicia-se arterin.

Tendo em conta o grande número de indivíduos que faz uso das estatinas como medicação habitual e, dado o impacto negativo causado pela ginecomastia, não só a nível físico, mas também a nível psicossocial, torna-se importante o reconhecimento desta associação rara. Assim, aquando a prescrição de estatinas para controlo de factores de risco cardiovasculares, o Médico de Família deverá ter em conta a ginecomastia como potencial efeito adverso, reconhecendo-o e informando o paciente dessa mesma possibilidade.