

Hiperplasia ductal atípica en paciente portador de ginecomastia. Caso clínico*

Dr. PABLO BÓRQUEZ M.^{1,2}, Int. BÁRBARA GARCÉS Q.³,
Drs. ALEXIS BAJAS P.¹, FRANCISCO VENTURELLI M.^{1,2}, MARCO MIRANDA U.⁴

¹ Servicio de Cirugía, Hospital Base de Osorno.

² Campo Clínico Osorno, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile (UACH).

³ Interna 6° año de Medicina, Campo Clínico Osorno, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile (UACH).

⁴ Unidad de Anatomía Patológica, Hospital Base de Osorno, Osorno, Chile.

Abstract

Atypical ductal hyperplasia in a male patient with gynecomastia. Case report

Atypical ductal hyperplasia (ADH) is characterized by a proliferation of uniform epithelial cells with monomorphic round nuclei filling part but not all of the involved duct. It is a known risk factor for breast cancer. We report a 16 years old male presenting with gynecomastia, which was surgically excised. The pathological study of the surgical piece revealed an ADH without evidence of infiltrating carcinoma. After 19 months of follow up, the patient is in good conditions.

Key words: Atypical ductal hyperplasia, gynecomastia, breast cancer.

Resumen

Reportamos el caso de un paciente intervenido por una ginecomastia idiopática que presentó como hallazgo histológico una zona de la mama con hiperplasia ductal atípica. Se presentan sus características clínicas, y las imágenes histológicas con detalles de la pieza quirúrgica. Se revisa el tema y llama la atención la escasa ocurrencia de estos hallazgos, no habiendo en la literatura nacional casos similares publicados.

Palabras clave: Hiperplasia ductal atípica, ginecomastia, cáncer de mama.

Introducción

La ginecomastia se define como una proliferación de tejido glandular de la mama masculina, presentándose clínicamente como una masa que crece concéntricamente en la región retroareolar, debido a la proliferación de tejido fibroso, ductal y/o adiposo

en proporciones variables de cada uno de ellos¹. Su prevalencia en poblaciones de riesgo, como los adolescentes puede alcanzar hasta un 50%². Esta patología generalmente es asintomática, presentándose como un hallazgo de aumento de volumen mamario al examen físico. En algunas ocasiones puede representar un signo de otra enfermedad subyacente

*Recibido el 9 de Junio de 2009 y aceptado para publicación el 22 de Agosto de 2010.

Correspondencia: Dr. Pablo Bórquez M.
Av. Guillermo Bühler N° 1615, Osorno, Chile. Fax: 56-064-253733.
cir.oncologo@yahoo.es

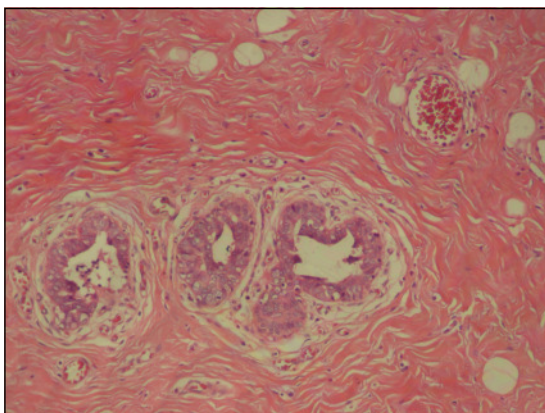


Figura 1. Microfotografía (40x) de tejido mamario, donde se observa abundante tejido conectivo denso desordenado, algunas células adiposas y tres conductos mamarios que presentan aumento del número de capas celulares epiteliales.

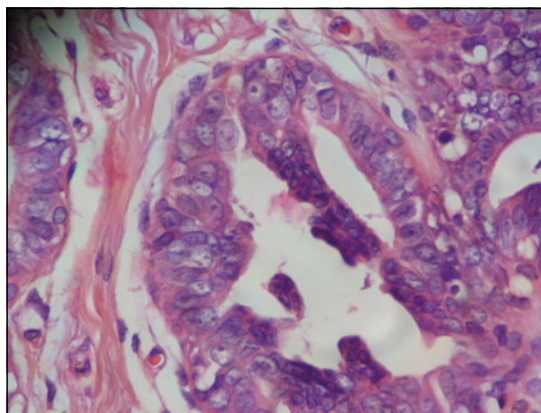


Figura 2. Microfotografía (100 x) de tejido mamario, donde se observan conductos con aumento del número de capas celulares epiteliales, con atipia nuclear moderada, superposición de núcleos y falta de delimitación entre las células; también se observa distribución perpendicular de los núcleos respecto del lumen glandular.

que necesita ser diagnosticada, como neoplasias testiculares germinales y no germinales, neoplasias adrenocorticales, cánceres de pulmón, mesotelioma, cáncer hepatocelular y otras no necesariamente oncológicas.³ Aunque hay estudios que describen que se produciría por un desequilibrio entre estrógenos y andrógenos a favor del primero, el 25% aún es catalogado como un trastorno de origen idiopático⁴.

La Hiperplasia Ductal Atípica (HDA) es un conocido factor de riesgo para la aparición de un cáncer de mama, y comparte algunas características del Cáncer *in situ* (Ca *is*), pero se diferencia por factores como su tamaño (extensión) y algunos hallazgos citológicos e histológicos que lo hacen ser de manera objetiva diferente de un Ca *is*. Se considera que estas lesiones aumentan en 4 a 5 veces el riesgo de presentar un cáncer de mama (en sus 2 formas, como hiperplasia ductal atípica y como hiperplasia lobulillar atípica)⁵, sin embargo, se desconoce la relación de riesgo que pueden establecer con la mama en pacientes portadores de ginecomastia.

El objetivo del presente trabajo es presentar el caso clínico de un paciente atendido en el Hospital Base Osorno (HBO) portador de una ginecomastia que presentó como hallazgo histopatológico una zona de la mama informada como Hiperplasia Ductal Atípica.

Caso clínico

Paciente hombre, de 16 años, con antecedentes de adenoidectomía, criptorquidia derecha operada,

tabaquismo y consumo de alcohol ocasional, sin antecedentes de uso crónico de fármacos, drogas ni antecedentes familiares de ginecomastia. Presenta cuadro de 4 años de evolución, caracterizado por aumento de volumen retroareolar derecho, doloroso ocasionalmente, que perjudica su calidad de vida, al resentir su actividad escolar.

En abril de 2008 consulta en Unidad de Patología Mamaria del HBO pesquisando al examen físico un aumento de volumen retroareolar derecho de 5 cm de diámetro, de consistencia blanda, sin nódulos palpables ni compromiso axilar ni supraclavicular. Destacaba además la ausencia de hipogonadismo en genitales externos. Los exámenes de laboratorio preoperatorios resultaron normales. Se solicitó ecotomografía mamaria que informa la presencia de glándula mamaria sin alteraciones patológicas, diagnóstico compatible con ginecomastia. Debido al compromiso de su función social a nivel escolar se decide practicar, en mayo de 2008, adenectomía mediante incisión transareolar. Evoluciona en el post-operatorio inmediato con hematoma del sitio operatorio, por lo que reingresa a pabellón realizándose hemostasia a vaso venoso perforante en relación a músculo pectoral mayor. Es dado de alta al 3^{er} día de postoperatorio sin inconvenientes. La biopsia definitiva de la pieza operatoria informa: "Hiperplasia ductal atípica de patrón micro papilar y con fenestraciones periféricas en ginecomastia. No se observan evidencias de carcinoma infiltrante en los cortes examinados" (Figura 1 y 2). A la fecha el paciente lleva 1 año y 7 meses de seguimiento, con buen resultado estético y sin signos de recidiva.

Discusión

No encontramos en la literatura nacional casos similares para comparar. Existen algunas publicaciones locales recientes respecto a la ginecomastia, que no mencionan haber encontrado dentro de los hallazgos histológicos casos similares de pacientes con HDA^{2,6,7}.

Es conocido el hecho de que la HDA es un factor de riesgo para cáncer de mama en la mujer⁵, por lo tanto sería interesante saber si lo es también para el hombre con ginecomastia. En este contexto, los pacientes portadores de Síndrome de Klinefelter, son los únicos en los que está claramente establecido el aumento del riesgo de desarrollar cáncer de mama, en unas 20 veces, al compararlos con hombres sanos³. Excluyendo este síndrome, Fentiman et al, no considera que la ginecomastia aumente el riesgo de cáncer mamario en hombres, que ya es poco frecuente; de hecho de los cánceres de mama, menos del 1% ocurre en hombres⁸.

Como vimos previamente, la HDA en mujeres, se define anatomopatológicamente como una lesión que muestra algunos de los rasgos morfológicos del carcinoma ductal *in situ*, se define e identifica como una mezcla de tipos celulares demostrados principalmente por morfología, pero que puede sustentarse por la diversidad inmunofenotípica y por carecer de una población epitelial dominante⁹; en hombres se han extrapolado estas definiciones, pero no encontramos en la literatura datos concretos acerca de si esta condición de hiperplasia representa o no una lesión pre maligna.

Desde la década del 80 se reportan casos relacionando ginecomastia y cáncer de mama. Fodor¹⁰ presenta el 3° caso a nivel mundial de un paciente con esta asociación. Sin embargo, no siempre esta asociación es consistente, así por ejemplo Olsson et al, revisaron una cohorte con 445 casos de hombres sometidos a cirugía con diagnóstico de ginecomastia, no encontrando en el seguimiento de 20 años ningún caso de cáncer de mama¹¹. Ya en la década del 70 se estudia la relación ginecomastia e HDA, es así como Bannayan y Hajdu estudiaron 351 casos de ginecomastia, de los cuales 15 presentaban HDA¹². Hay escasos casos reportados en la literatura de hallazgos de HDA en hombres con ginecomastia. Prasad et al¹³ y Hamady et al¹⁴, presentan el caso de pacientes jóvenes, de 20 y 24 años, respectivamente, con ginecomastia bilateral, encontrando en el estu-

dio anatomopatológico de la pieza operatoria una HDA bilateral.

Referencias

1. Bembo S, Carlson H. Gynaecomastia: Its features, and when and how to treat it. *Clev J Med.* 2004;71:511-7.
2. Calderón W, Cabello R, Israel G, Bassa J, Kauak LL, Olguín F. Ginecomastia y pseudoginecomastia. Tratamiento. *Rev Chil Cir.* 2009;61:131-5.
3. Narula H, Carlson H. Gynecomastia. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America* 2007;36:497-519.
4. Gikas P, Mokbel K. Management of gynaecomastia: an update. *Internat J Clin Pract.* 2007;61:1209-15.
5. Page L, Simpson J. Lesiones mamarias benignas, de alto riesgo y pre malignas. En Bland KI, Copeland III E. Editores. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana S.A.;2007:184-208.
6. Devoto E, Madariaga M, Lioi X, Mardones N. Terapia médica de la ginecomastia con tamoxifeno. Influencia del volumen y duración de la ginecomastia en el resultado terapéutico. *Rev Med Chile* 2007;135:1558-65.
7. Devoto E, Madariaga M, Aravena L, Lioi X. Etiología de la ginecomastia. Importancia de no subdiagnosticar una ginecomastia patológica. *Rev Med Chile* 2007;135:189-97.
8. Fentiman IS, Fourquet A, Hortobagyi GN. Male Breast Cancer. *Lancet* 2006;367:595-604.
9. Ellis IO, Pinder SE, Lee AH, Elston CW. A critical appraisal of existing classification systems of epithelial hyperplasia and *in situ* neoplasia of the breast with proposal for future methods of categorization: where are we going? *Semin Diagn Pathol.* 1999;16:202-8.
10. Fodor PB. Breast cancer in a patient with gynaecomastia. *Plast Reconstr Surg.* 1989;84:976-9.
11. Olsson H, Bladstorm A, Alm P. Male gynaecomastia and risk for malignant tumors- a cohort study. *BMC Cancer* 2002;2:26.
12. Bannayan GA, Hajdu SI. Gynaecomastia: clinipathologic study of 351 cases. *Am J Clin Pathol.* 1972;57:431-7.
13. Prasad V, King J, Mc Leaf W, Raymond W, Cooter R. Bilateral atypical ductal hyperplasia, an incidental finding in gynaecomastia-Case report and literature review. *The Breast* 2005;14:17-321.
14. Hamady Z, Carder P, Brennan T. Atypical ductal hyperplasia in male breast tissue with gynaecomastia. *Histopathology* 2005;47:111-9.