



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-484 - GINECOMASTIA FACTICIA

García Sánchez, Felipe; Balsa Marín, Tomás; Sánchez Díaz, Esther; Broekhuizen Benítez, Javier; Cano Pecharromán, Esther María; Esmaili Ramos, Mahur; Martín Paniagua, Leticia; García Aparicio, Mónica

Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina.

Resumen

Objetivos: Dar a conocer un tipo de ginecomastia poco común en nuestro medio. Presentar el manejo clínico llevado a cabo en el caso clínico y sus consecuencias. Conocer el papel fundamental de la anamnesis y la historia clínica.

Caso clínico: Se presenta el caso clínico de un varón de 66 años, dedicado a la ganadería en ambiente rural, con antecedentes personales de tabaquismo activo, hipertensión arterial, dislipemia, ERC estadio 4 en seguimiento por nefrología. Intervenido de nefrectomía izquierda por quiste hidatídico en el 2000, y de mastectomía bilateral por ginecomastia en 2013. Descripción macroscópica de ambas mamas como tejido de coloración blanquecina con áreas anaranjadas, y descripción microscópica de reacción granulomatosa a cuerpo extraño, con focos de necrosis grasa. Es dado de alta por cirugía tras mejoría clínica. En 2020 ingresa por insuficiencia renal crónica reagudizada y se interconsulta a cirugía general por aumento del volumen mamario bilateral (fig.) sin clínica acompañante.

Resultados: Ante la sospecha de carcinoma de mama inflamatorio o recidiva de ginecomastia, se solicitan estudios complementarios durante el ingreso. Ecografía/mamografía de mama y axila bilateral: Mamas aumentadas de tamaño, de elevada densidad con significativo engrosamiento del plano cutáneo, sin lesiones nodulares y con calcificaciones de aspecto benigno en mama derecha. Se completa estudio por ecografía, confirmándose engrosamiento cutáneo, de alta ecogenicidad y con mala transmisión acústica, de predominio en cuadrantes superiores en ambas mamas, sin demostrar desarrollo del tejido mamario retroareolar y sin evidencia de colecciones fluidas en profundidad. En ambas regiones axilares se identifican voluminosas adenopatías de hasta 15 mm en lado derecho y de 19 mm en el izquierdo, marcadamente ecogénicas con sombra acústica posterior, que se podrían traducir de reacción granulomatosa. BAG de mama bilateral: Tejido fibroso con extensa reacción granulomatosa de tipo cuerpo extraño (tipo oleoma), sin lesiones cutáneas. No se identifica tejido mamario. Tras los resultados de anatomía patológica, que indican reacción a cuerpo extraño en ambas mamas, se interroga nuevamente al paciente, incidiendo en la posibilidad de haberse autoprovocado el aumento mamario. Tras insistir reconoce que hace algún tiempo se inyectó aceite para músculos (Synthol®), con lo que confirmamos nuestra sospecha clínica. Se propuso de nuevo extirpación de ambas mamas, que el paciente rechazó en esta ocasión. Se comentó el caso con psiquiatría ante la posibilidad de tratarse de un trastorno somatomorfo, sin llegar a confirmarse el diagnóstico.



Conclusiones: Debemos tener en cuenta la existencia de este tipo de ginecomastia. Ante la sospecha clínica, realizaremos las pruebas complementarias oportunas para descartar otras etiologías. Si no se llega a confirmar etiología orgánica, se hará hincapié en la anamnesis dirigida a la autoprovocación del cuadro. Se deberá descartar origen psicógeno ante la posible existencia de un trastorno somatomorfo. El tratamiento consistiría en extirpación de ambas mamas, siempre y cuando contemos con el consentimiento del paciente.