

J. López-Olmos*,
V. Ramos**,
M. Prieto**,
M.^a Navarro**,
C. Muñoz**

Ginecomastia unilateral traumática en el niño

Traumatic unilateral gynecomastia in boys

SUMMARY

We present one case of an eleven-year-old boy with unilateral retroareolar tumor, which after resection was informed of gynecomastia. Trauma antecedent of dog-bite in this zone. We debated the significance of this fact next to the pubertal hormonal disturbance, for the origin of this trial.

Palabras clave

Ginecomastia, Trauma, Mordedura de perro, Problema hormonal.

Key words

Gynecomastia, Trauma, Dog-bite, Hormonal disbalance.

* Ginecólogo CE de Sueca y Hospital Universitario La Fe. Valencia.

** Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Correspondencia:

J. López-Olmos.
Urb. Monte Colorado,
calle 25, n.º 12, «Azahar».
46185 Puebla de Vallbona (Valencia).

INTRODUCCION

La mama tiene una gran importancia social para la mujer; las alteraciones en su desarrollo o crecimiento en la adolescencia son muy importantes en la propia imagen corporal y en la sexualidad. Esto mismo también puede aplicarse para el niño, incluyendo la necesidad de atención emocional, endocrinológica, quirúrgica y hasta psiquiátrica si fuera necesario.¹

Para Haagensen,² la ginecomastia es una hipertrofia pasajera y de extensión limitada en ambas mamas durante la pubertad. La etiología es desconocida y no hay anomalías endocrinas.

En la pubertad el 30-65% de los niños la tienen de forma transitoria.³ El 40% entre 10 y 14 años. La edad media de aparición es 13 años y 2 meses.⁴ Sólo un 4% de adolescentes tendrían una ginecomastia severa mayor de 4 cm. La ginecomastia es bilateral en el 77-95%. Se debería a aumento de la actividad biológica de los estrógenos o a aumento de la sensibilidad de la mama a los estrógenos.

La aromatización de andrógenos a estrógenos en el tejido mamario daría lugar a la ginecomastia.⁵ La patogenia de la ginecomastia sería por un desbalance hormonal: estrógenos-andrógenos. La testosterona es precursor del estradiol. La androstendiona suprarrenal da lugar a estrona. La aromatización se

produce en el tejido adiposo, hígado y músculo. La sensibilidad especial de la mama a los niveles circulantes de estrógenos daría lugar a la ginecomastia.

Se ha encontrado ginecomastia asociada a múltiples drogas, así como a procesos patológicos diversos. Y entre éstos se encuentran los traumas locales en la pared torácica⁶ y los traumatismos mamarios, incluyendo mordeduras de perro.^{7,8}

Presentamos nuestro caso clínico de ginecomastia unilateral en un niño de 11 años que refería un antecedente de mordedura de perro 2 años antes, justo en la mama afecta.

CASO CLINICO

Se trata de un niño de 11 años de talla 164 cm y peso 46 kg, biotipo leptosómico. Con antecedentes personales de calendario vacunal completo, fractura de radio izquierdo y fractura de la base del pulgar de la mano derecha.

Presentó una tumoración retroareolar en la mama derecha de 2 x 2 cm, dura al tacto, de bordes netos y superficie lisa, móvil, no adherida a plano profundo, de aparición brusca, y que fue aumentando de tamaño progresivamente en 2 meses, causando dolor e hiperestesia de la zona.



Fig. 1. Macroscópica. Tumoración retroareolar en mama derecha.

En la figura 1 se aprecia la tumoración retroareolar por el resalte de la aréola. A las 12 horas glándula sebácea prominente. En el cuadrante superoexterno, 1 cm por encima de la aréola, se evidencia una pequeña cicatriz, que se debe a la herida incisa de un diente de perro, que le atacó 2 años antes, sin llegar a morderle, ya que se protegió con el antebrazo. En la figura 2 se presenta la ecografía mamaria practicada, en la cual hay un ligero aumento del tejido celular subcutáneo, sin apreciar nódulo ni otras lesiones.

La exploración general era normal, así como los caracteres sexuales. Se descartó también la ingesta de cualquier tipo de droga.

Se practicaron determinaciones hormonales, cuyos resultados se indican en la tabla I. Destacan au-

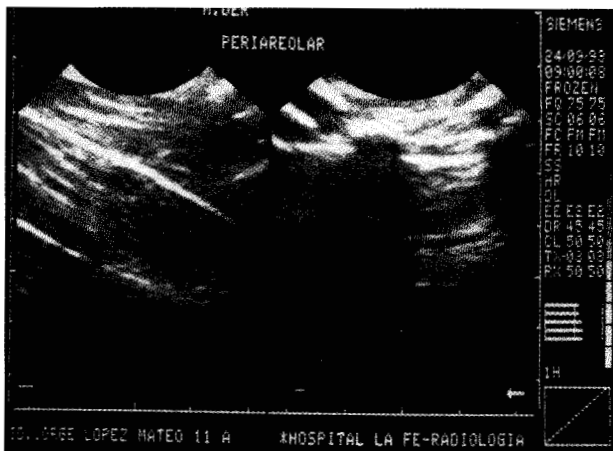


Fig. 2. Ecografía. Nada destacable.

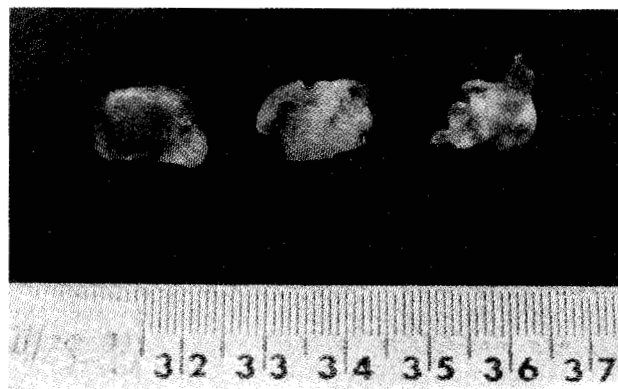
TABLA I
DETERMINACIONES HORMONALES

	Resul- tado	Uni- dades	Valores normales
Tiroxina total	6,2	µg %	4,5-12,5
Triyodotironina	198	ng %	80-220
Hormona tiroestimulante	2,1	mU/l	0-5,5
Prolactina	16,1	ng/ml	0-20
Estradiol	29	pg/ml	< 10
Progesterona	0,1	ng/ml	< 2
17 hidroxí-progesterona	1,2	ng/ml	0,3-2,2
Hormona estimulante espermato- génesis	1,2	mU/ml	< 2
Hormona estimulante testosterona	1,1	mU/ml	< 2
Sex hormone binding globuline	68	nM/l	50-100
Sulfato dehidroepiandrosterona.....	841	ng/ml	100-600
Testosterona	3,2	ng/ml	< 1,5
Androstendiona	0,5	ng/ml	< 2,5
Cortisol	14,2	µg/dl	8-25

mentos en las cifras de estradiol y testosterona (valores de adulto) y de S-DHEA (los valores normales de nuestro laboratorio se refieren a niños).

Dada la aparición brusca del proceso con su crecimiento rápido, la nodularidad dura de aspecto tumoral y la ansiedad familiar, se decidió practicar su extirpación. Se realizó en la consulta con anestesia local, mediante incisión circumareolar superior, y se obtuvo la pieza de la figura 3, blanco-amarillenta de 1 cm de longitud. Al corte era un tejido blanquecino-grisáceo de consistencia elástica.

Microscópicamente (fig. 4) se aprecia la proliferación de tejido conjuntivo fibroso vascularizado, que engloba a acinis glandulares mamarios que muestran hiperplasia del epitelio. En un extremo (fig. 5) se



Figs. 3. Pieza extirpada. Macroscópica.



Fig. 4. Microscópica. Tejido mamario. Ginecomastia (HE 100x).

identifica un granuloma a cuerpo extraño. El diagnóstico fue ginecomastia.

DISCUSION

El aumento de la glándula mamaria masculina durante la pubertad es frecuente, pero regresa espontáneamente después de la pubertad, incluso hasta en 3 años. Cuando es asimétrica causa gran ansiedad por el miedo a la feminización y los padres obligan a veces de forma justificada al tratamiento quirúrgico.

Ginecomastia es el desarrollo visible o palpable de la mama en el varón. El tipo I sería la hipertrofia benigna del adolescente.⁹ El tipo II sería la fisiológica, sin evidencia de enfermedad orgánica, y la patológica, con evidencia de enfermedad orgánica, o debida a la medicación.

En el tipo I no se encuentra alteración hormonal, pero se sugiere debido a variaciones en la dinámica hormonal. Moore et al.¹⁰ en sus estudios hormonales dicen que la disminución de la producción adrenal de andrógenos y/o el aumento de conversión del sulfato de dehidroepiandrosterona (S-DHEA) y de la A-4 androstendiona en estrógenos serían la causa de la ginecomastia.

El tipo II, en cambio, requiere un tratamiento quirúrgico, porque la presencia de una mama péndula en el adolescente produce un efecto devastador en su imagen corporal, con estrés, problemas emocionales, incluso depresión y cambios de conducta.⁹

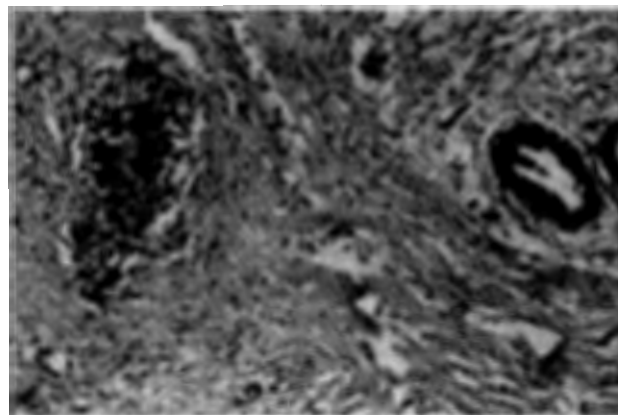


Fig. 5. Microscópica. Tejido mamario. Granuloma a cuerpo extraño (HE 400x).

También porque cuando es una macromastia puberal persiste hasta adulto, aunque no hay anomalías en plasma de FSH, LH, PRL, SHBG, estradiol y testosterona.¹¹ La crítica a estos estudio sería que el desarrollo mamario se produjo años antes del estudio hormonal.

La ginecomastia puberal histológicamente presenta un aumento de tejido conectivo, proliferación de ductus y no de los acinis. Hay aumento de vascularización y a veces un infiltrado de células inflamatorias crónicas. Aunque tras el examen hay que observar y tranquilizar, porque puede regresar de 6 meses a 2 años, en ocasiones se requiere la mastectomía subcutánea por razones psicológicas y cosméticas.^{6, 12}

La ginecomastia unilateral persistente debe extirparse,⁸ y debe extirparse más de lo que en decúbito supino parece necesario, pues al estar de pie podría resultar insuficiente. En los traumas mamarios, con mordedura de perro, procede la vacunación antitetánica.

En nuestro caso, descartada patología orgánica y medicamentosa por la historia y el examen general y genital, normales; nos encontramos con una ginecomastia unilateral, con un antecedente traumático, en el que no hubo mordedura de perro, pero sí la herida incisa de un diente encima de la areola, como se ve en la figura 1. Por otro lado, del estudio hormonal, con unos valores aumentados de estradiol y testosterona (a niveles de adulto) y de S-DHEA en un niño que precisamente se encuentra en una fase de crecimiento acelerada (gran incremento estatural).

En la figura 5 se identifica un granuloma a cuerpo extraño. La saliva, junto a cualquier material extraño

en la penetración dental en la zona, pudo desencadenarlo. Postulamos la posibilidad de esta razón, junto a los cambios hormonales en el niño en crecimiento, para que con el tiempo se desarrollara esta ginecomastia unilateral y traumática.

RESUMEN

Presentamos el caso de un niño de 11 años con una tumoración retroareolar unilateral, informada de ginecomastia tras su extirpación, con un antecedente traumático por mordedura de perro en la zona. Se discute la importancia de este hecho junto al trastorno hormonal puberal para la génesis del proceso.

REFERENCIAS

1. Pietsch J. Breast disorders, en *Pediatric and adolescent obstetrics and gynecology*, de Lavery y Sanfilippo (eds.). Springer-Verlag. New York, 1985.
2. Haagensen CD. *Enfermedades de la mama*, 3.^a ed. Ed. Panamericana. Buenos Aires, 1987; 3: 81-91.
3. Hands LJ, Greenhall MJ. Gynaecomastia. *Br J Surg* 1991; 78 (8): 907-911.
4. Neinstein LS. Gynaecomastia. En: *Adolescent health care*, 2.^a ed., 1991; 10: 177-180.
5. Braunstein GD. Gynecomastia. *New Engl J Med* 1993; 328 (7): 490-495.
6. Mahoney CP. Adolescent gynecomastia. *Differential diagnosis and management*. *Pediatric Clinics of North America* 1990; 37 (6): 1389-1404.
7. Piera J, Ribas D, Domenech A. Ginecomastia. En: Fernández-Cid A et al. *Patología mamaria*. Salvat. Barcelona, 1982.
8. Fernandez-Cid A. Aspectos prácticos sobre patología mamaria benigna. Sandoz. Barcelona, 1987.
9. Greydanus DE, Parks DS, Farrell EG. Breast disorders in children and adolescents. *Pediatric Clinics of North America*, 1989; 36 (3): 601-638.
10. Moore DC, Schlaepfer LV, Paunier L, Sizonenko PC. Hormonal changes during puberty: V. Transient pubertal gynecomastia: Abnormal androgen-estrogen ratios. *J Clin Endocrinol Metab* 1984; 58 (3): 492-499.
11. Marynick SP, Nisula BC, Pita JC Jr, Loriaux L. Persistent pubertal macromastia. *J Clin Endocrinol Metab* 1980; 50 (1): 128-131.
12. Bower R, Bell MJ, Ternberg JL. Management of breast lesions in children and adolescents. *J Pediatric Surg* 1976; 11 (3): 337-346.