

dimensiones de la areola y su indicación de cirugía según el valor de dicho índice⁵. El paciente que aquí se presenta correspondería a los tipos IV y IIIb de la clasificación de Von Heimburg y Simon respectivamente.

La cirugía constituye el único tratamiento curativo posible. La primera intervención quirúrgica para tratar un caso de ginecomastia fue descrita por Aegineta³. Desde entonces, se han empleado varias técnicas de extirpación y remodelación mamaria según el grado de deformidad. Estas técnicas incluyen: glandulectomía, disrupción del teórico anillo fibroso periareolar^{4,7}, exéresis cutánea^{4,5}, lipoaspiración^{3,7,8}, reposicionamiento del complejo areola-pezones³, etc. En nuestro centro tratamos la ginecomastia simple con una incisión periareolar y glandulectomía subcutánea, respetando un pequeño remanente retroareolar que evite una depresión cicatricial. En el caso que presentamos, optamos por añadir a la técnica habitual una mastoplastia circular para eliminar el exceso de piel. Pensamos, aunque nuestra experiencia es limitada, que esta técnica es reproducible y aplicable a la mayoría de hernias mamarias en el varón.

La hernia mamaria en el varón constituye una rara presentación de ginecomastia. El cirujano debe conocer las diferentes opciones técnicas para personalizar la reparación según el tipo de deformidad de cada paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barone R, Pavone P, Trifiletti RR, Parano E. Tuberous breast deformity in an adolescent girl with Hurler-Scheie syndrome. *Eur J Pediatr.* 2000;159:936-7.
2. Oroz J, Pelay MJ, Escudero FJ. Reconstrucción de la mama tuberosa. *An Sist Sanit Navar.* 2005;28:101-8.

3. Hamilton S, Gault D. The tuberous male breast. *Br J Plast Surg.* 2003;56:295-300.
4. Leffler M, Horch RE, Bach AD. Aesthetic correction of tuberous breast deformity in a male-to-female transsexual patient. *Plast Reconstr Surg.* 2007;119:1138-40.
5. Pacífico MD, Kang NV. The tuberous breast revisited. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2007;60:455-64.
6. Von Heimburg D. Refined version of the tuberous breast classification. *Plast Reconstr Surg.* 2000;105:2269-70.
7. Klinger M, Caviggioli F, Villani F, Forcellini D, Klinger F. Gynecomastia and tuberous breast: assessment and surgical approach. *Aesthetic Plast Surg.* 2009;33:786-7.
8. Cannistra C, Piedimonte A, Albonico F. Surgical treatment of gynecomastia with severe ptosis: periareolar incision and dermal double areolar pedicle technique. *Aesthetic Plast Surg.* 2009;33:834-7.

Gonzalo Martín^{a,*}, Andrés García-Vilanova^a, Ernesto Sanz^b, Carlos Fuster^a y José Vicente Roig^a

^aUnidad Funcional de Mama, Servicio de Cirugía General y Digestiva, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

^bUnidad Funcional de Mama, Servicio de Cirugía Plástica, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Martin_martin_gonzalo@hotmail.com (G. Martín).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2011.09.005

Transformación angiomatosa nodular esclerosante del bazo (SANT). Un tumor muy infrecuente

Sclerosing angiomatoid nodular transformation (SANT) of the spleen. A very uncommon tumour

La transformación angiomatosa nodular esclerosante del bazo (SANT) es una lesión vascular no neoplásica reconocida recientemente (2004) con menos de 30 casos descritos. La edad media de presentación es a los 48 años, con predisposición por el sexo femenino en relación 2:1¹⁻⁴. La mayoría de los pacientes están asintomáticos y la masa esplénica se encuentra como hallazgo casual; un pequeño porcentaje de ellos presenta dolor abdominal y/o esplenomegalia raramente asociada a leucocitosis, anemia, gammapatía monoclonal y aumento de la VSG^{2,3,5}. Se ha descrito asociada a HTA, diabetes mellitus, hipotiroidismo, hiperplasia benigna de próstata, enfermedad de Von Willebrand, leucemia linfocítica crónica, cáncer de pulmón, gastrointestinal y renal sin metástasis

esplénicas^{1,4}. La sospecha diagnóstica la establecen las pruebas de imagen, y su confirmación se realiza a través de la anatomía patológica y el estudio inmunohistoquímico. El tratamiento debe ser siempre quirúrgico realizando una esplenectomía total que es curativa en todos los pacientes.

Presentamos el caso de una mujer de 48 años con antecedentes de HTA, que presenta dolor en hemiabdomen superior de 1 semana de evolución e hiperamilasemia, sin adenopatías ni organomegalias, siendo referida a nuestro Servicio. Se le realiza TC abdominal que describe lesión focal de 63,1 mm de diámetro de aspecto maligno, por lo que se recomienda realización de una RMN abdominal; esta evidencia una tumoración vascular primaria esplénica tipo heman-

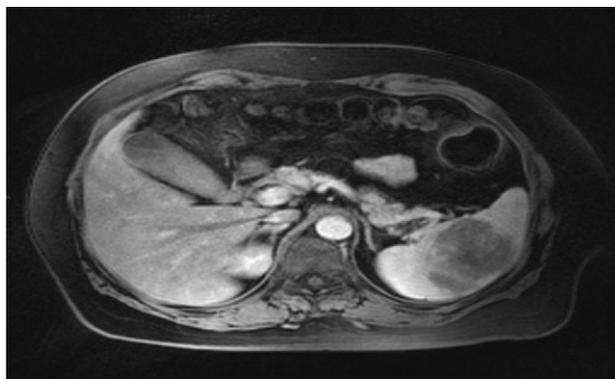


Figura 1 - RM de SANT del bazo.

gioma, sin poder descartar una lesión maligna como se muestra en la figura 1.

Se realizó esplenectomía laparoscópica encontrando un bazo de tamaño y aspecto macroscópico normales. El postoperatorio discurre sin incidencias.

En el informe anatomopatológico se describe un bazo que pesa 216 g y mide 11 x 9 x 5 cm. A los cortes seriados, el órgano aparece ocupado en gran parte por una lesión central bien delimitada no encapsulada, de 6,5 x 5 x 4,5 cm, de diámetros, de consistencia aumentada con una zona cicatricial central como se puede apreciar en la figura 2. El resto del parénquima presenta un aspecto preservado. A nivel hiliar no se aprecian alteraciones vasculares ni se aíslan adenopatías, siendo el diagnóstico SANT.

La patogénesis de la SANT aún no es bien conocida, aunque se estipula que los nódulos angiomasos representan una peculiar transformación en respuesta a una exagerada

proliferación estromal no neoplásica. El mecanismo de formación podría ser una disrupción de los tractos vasculares proximales de salida, llevando a cambios nodulares o a la hiperplasia del lecho vascular proximal transformándose en nódulos sinusoides linfáticos. La transformación es completamente benigna^{1,2,5,6}.

La TC muestra una lesión inicialmente hipodensa en la fase portal que se vuelve progresivamente homogénea y se aproxima a la atenuación del parénquima esplénico en la fase portal tardía. En las pruebas con contraste (TC y RMN) se puede apreciar un progresivo realce central en los cortes residuales, que es debido a la penetración del contraste en el centro de la lesión desde los vasos periféricos, conocido como el patrón *spoke-wheel*. En el FDG-PET se muestra actividad hipermetabólica, lo que se explica por la abundancia de células, que condicionan la avidéz de la SANT por el FDG^{2,3,5,7,8}.

El diagnóstico de la SANT debería realizarse por biopsia percutánea, pero debido a la alta incidencia de complicaciones se recomienda realizar esplenectomía para hacer el diagnóstico y tratamiento definitivo de la enfermedad, ya que no se describe recidiva de la misma³.

Entre los diagnósticos diferenciales se encuentran en primer lugar la transformación nodular de la pulpa roja del bazo en respuesta a un carcinoma metastático, seguido del hemangioma y el angioma de las células del litoral, que son los dos tumores vasculares esplénicos más frecuentes^{1,2,5,6}.

Macroscópicamente la pieza es normal o con un ligero aumento de tamaño, con un rango en su peso entre 68 y 1.425 g. Al corte se puede apreciar una masa solitaria no encapsulada y bien circunscrita, conteniendo múltiples nódulos individuales y confluentes con diámetros que van de 3 a 17 cm. No se encuentran áreas de necrosis.

Microscópicamente la SANT está compuesta de múltiples nódulos angiomasos bien circunscritos que se encuentran



Figura 2 - Visualización macroscópica de la pieza de esplenectomía total.

inmersos en un estroma fibroesclerótico, conteniendo macrófagos cargados de hemosiderina, miofibroblastos, linfocitos, y células plasmáticas; el estroma intercelular puede mostrar grandes áreas de hialinización. Algunos nódulos están rodeados de una capa prominente de depósito de fibras de colágeno. Todos los nódulos presentan una hendidura lineal de morfología vascular con células endoteliales, pericitos, y eritrocitos extravasados. Las células endoteliales pueden mostrar una mínima atipia celular pero es rara la actividad mitótica^{1-3,5,6}.

La inmunohistoquímica revela tres patrones fenotípicos distintos como son CD34-/CD31+/CD8+ para los sinusoides esplénicos, CD34+/CD31+/CD8- para los capilares y CD34-/CD31+/CD8- para las vénulas.

El CD68 se ha encontrado positivo para el linaje celular de sinusoides y de los espacios vasculares de las hendiduras de los nódulos en los últimos estudios. Todas las células del linaje vascular son negativas a CD21^{1,3-7,9}.

Aunque se trata de una enfermedad poco conocida en el momento actual, se cuenta con muchas características radiológicas, histológicas e inmunohistoquímicas que la diferencian de enfermedades de comportamiento maligno, la hacen única y nos deberían conducir al diagnóstico certero. Es importante descartar enfermedades malignas en otras localizaciones ya que se asocia a neoplasias concomitantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martel M, Check W, Lombardi L, Lifschitz-Mercer B, Chan JK, Rosai J, et al. Sclerosing angiomatoid nodular transformation (SANT). Report of 25 cases of a distinctive benign splenic lesion. *Am J Surg Pathol.* 2004;28:1268-79.
2. Subhawong TK, Subhawong AP, Kamel I. Sclerosing angiomatoid nodular transformation of the spleen: multimodality imaging findings and pathologic correlate. *J Comput Assist Tomogr.* 2010;34:206-9.

3. Thacker C, Korn R, Millstine J, Harvin H, Van Lier Ribbink JA, Gotway MB. Sclerosing angiomatoid nodular transformation of the spleen: CT, MR PET, and 99mTc-sulfur colloid SPECT CT findings with gross and histopathological correlation. *Abdom Imaging.* 2009;10:683-9.
4. Sclerosing Angiomatoid Nodular Transformation (SANT) of the Spleen: Addition of a Case With Focal CD68 Staining and Distinctive CT Features. *Am J Surg Pathol.* 2005;29:839-41.
5. Awamleh AA, Perez-Ordoñez B. FRCP. Sclerosing angiomatoid nodular transformation of the spleen. *Arch Pathol Lab Med.* 2007;131:1079-82.
6. El Demellawy D, Nasr A, Alowami S. Sclerosing angiomatoid nodular transformation of the spleen: case report. *Pathol Res Pract.* 2009;205:289-93.
7. Karaosmanoglu DA, Karcaaltincaba M, Akata D. CT and MRI findings of sclerosing angiomatoid nodular transformation of the spleen: spoke wheel pattern. *Korean J Radiol.* 2008;9:52-5.
8. Zeeb LM, Johnson JM, Madsen MS, Keating DP. Sclerosing angiomatoid nodular transformation. *AJR.* 2009;192:236-8.
9. Cao JY, Zhang H, Wang WP. Ultrasonography of sclerosing angiomatoid nodular transformation in the spleen. *World J Gastroenterol.* 2010;16:3727-30.

Mauricio Burneo Esteves*, Rocio Franco Herrera, Yolanda Castro Álvarez, Dolores Pérez Díaz y Fernando Turégano Fuentes

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mauricioburneo@hotmail.com (M. Burneo Esteves).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2011.05.012

Lipoma cecal como causa de masa presacra

Gaecal lipoma as a cause of a presacral mass

Los tumores retrorectales son un diverso grupo de masas muy poco comunes, que suelen presentarse de forma asintomática. La mayoría son lesiones benignas, pero existe la posibilidad de malignidad, cuyo tratamiento requiere una cirugía más agresiva¹.

Presentamos el caso de una paciente de 21 años de edad valorada por ginecología dos años antes por molestias abdominales a nivel hipogástrico que se acompañaban de sensación de pesadez a nivel pélvico, rectorragias ocasionales y estreñimiento ocasional. Como único antecedente de interés realizaba la toma de tratamiento hormonal como método de

anticoncepción. Tras realización de ecografía vaginal y abdominal y con el diagnóstico de sospecha de endometriosis ovárica se le realiza laparotomía exploradora por parte de ginecología. Durante el acto quirúrgico no se confirma la presencia de endometriosis ovárica ni se identifica otra dolencia a este nivel.

Posteriormente a la intervención y dada la continuidad de la sintomatología se le practica nuevo estudio de imagen (RNM) donde se aprecia una masa retrorectal de contenido denso sin poder especificarse naturaleza de la misma y planteándose como diagnóstico diferencial la presencia de