

Desmoide de mama y síndrome de Gardner

Dres.: Alberto Piñeyro, José P. Perrier, José M. Cartazzo,
Juan C. Castiglioni y Luis Falconi

Se presenta un caso de tumor desmoide de mama en una enferma portadora de un síndrome de Gardner.

Se señala lo excepcional de esta localización y se hace una breve revisión sobre la enfermedad de Gardner.

El síndrome de Gardner cuya primera observación fue hecha en el año 1911 por Devic y Bussy; fue integrado y relacionado a una transmisión hereditaria dominante en el año 1951 por el genetista americano Elvin Gardner (1).

Este síndrome ya conocido en nuestro medio por publicaciones de Puig (2)(3) y Sbarbaro (4) está integrado por:

1. Poliposis rectocolónica.
2. Tumores óseos.
3. Tumores de partes blandas.

Dentro de los tumores de partes blandas, los más característicos son los tumores desmoides: tumores de origen mesenquimatoso, citológicamente benignos, pero mal limitados y de evolución recidivante. Si bien pueden topografiarse en cualquier lugar del organismo, es típica su aparición en la pared abdominal anterior meses o años después de una laparotomía. Crecen disociando e invadiendo los planos musculares.

El caso que traemos hoy a la sociedad de cirugía corresponde a una topografía excepcional de un tumor desmoide en una paciente portadora de una enfermedad de Gardner.

OBSERVACION

Se trata de una enferma de 22 años que había sido intervenida en varias oportunidades, por tumores desmoides de pared abdominal.

Consulta en octubre de 1980 por tumoración de mama izquierda de tres meses de evolución. El exa-

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 13 de mayo de 1981.

Asistentes de Clínica Quirúrgica. Postgrado de Cirugía General. Ex-Prof. Adjunto de Clínica Quirúrgica. Médico anatómo-patólogo.

Dirección: Ibicuy 1116. Montevideo (Dr. A. Piñeyro).

Trabajo del Departamento de Cirugía del Servicio Médico Integral.

men físico mostraba una paciente obesa, con tumoración de mama izquierda de 15 cms. de diámetro, dura, indolora, sin compromiso de planos superficiales. Sin ganglios axilares ni supraclaviculares.

El estudio radiológico practicado por el Dr. Leborgne mostró: en la mama izquierda una tumoración redondeada, circunscrita de 14 cms. de diámetro, uniformemente opaca, sin otros signos característicos como para basar un diagnóstico.

Frente al antecedente de la paciente, se planteó la posibilidad que se tratara de un tumor desmoide de la región mamaria.

Se operó el 27 de octubre de 1980, efectuándose la exéresis de la tumoración más una resección segmentaria de la mama.

El estudio anatómo-patológico mostró: tumor nodular de 700 gramos bien delimitado, con crecimiento infiltrativo-expansivo en la grasa de 14 cms. de eje mayor, superficie de sección fasciculada.

Microscópicamente: tumor de estructura fibromatosa, con abundantes haces colágenos entre los cuales están aprisionados fibroblastos aplastados. Guarda crecimiento infiltrante de la grasa y del estroma mamario. Baja densidad celular. Los caracteres morfológicos son los de un fibroma desmoide.

SUMMARY

Desmoid Breast Tumor and Gardner's Syndrome

A case of desmoid breast tumor in a patient with a Gardner's syndrome is presented. The rarity of this location is emphasized and a brief review of Gardner's disease is done.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. GARDNER, E.J.: Follow-up study of a family group exhibiting dominant inheritance for a syndrom including intestinal polyps, osteomas, fibromas and epidermal cysts. *Am. Jour. Hum. Genet.* 14: 376, 1962.
2. PUIG, R.: Síndrome de Gardner. Presentación de un caso. *Cir. Uruguay* 38: 3, 1968.
3. PUIG, R.; MENDIVIL, J. y CASSINELLI, J.F.: Síndrome de Gardner. *Prensa Med. Argent.* 56: 831, 1969.
4. SBARBARO, O. y DELGADO, B.: Síndrome de Gardner. A propósito de una observación. *Cir. Uruguay* 38: 236, 1968.