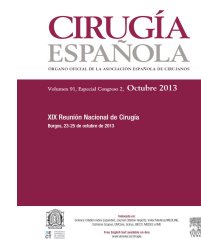




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-449 - GIGANTOMASTIA EN LA GESTACIÓN

Y.Y. Aguilera Molina, O. Rozo Coronel, M. Caraballo Angeli, I. Silva Benito, J.M. Orús González, L. Muñoz Bellvis y M. Ramos Boyero

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Resumen

Introducción: La gigantomastia en la gestación es una patología poco frecuente se presenta en 1 por 28 a 100 mil pacientes y solo hay descritos 100 en la literatura. Tiene dos formas de presentación: La virginal o adolescente y la gestacional. Hay numerosas teorías: Hipersensibilidad al estímulo hormonal, se asocia a patologías autoinmunes, hereditario, o antecedente de cirugía mamaria. El cuadro clínico presenta: mastalgia, crecimiento masivo de las mamas asociado a necrosis focal, úlceras, infecciones o sangrado, problemas posturales, dolor de espalda. En la gestación: retraso del crecimiento fetal y parto prematuro. Hemorragia, sepsis. Tiene una elevada mortalidad. También se asocia a hipertrofia de tejido ectópico mamario. Se trata con bromocriptina, antibióticos como profilaxis, contricciones, diuréticos y cirugía. Se debe de realizar un diagnostico diferencial con carcinoma maligno, fibroadenoma y cistosarcoma filodes.

Caso clínico: Paciente de 30 años. Con antecedentes patológicos de mamoplastia de reducción 3 meses previos al embarazo. Por mastalgia, ptosis y múltiples fibroadenomas. Se retiró de mama derecha 1.782 g. Y de la mama izquierda 1.100 g. Los resultados de la anatomía patológica reportaron mastopatía fibroquística. Acude por primera vez a la consulta de obstetricia a la semana 26 de embarazo. La envían para control hospitalario por crecimiento exagerado de las mamas. Presenta trastornos tróficos de la piel, distensión de las cicatrices, congestión venosa, inflamación, edema, incapacidad para movilizar los brazos. Marcadores tumorales: negativos. PAAF: hiperplasia adiposa y mastopatía fibroquística. En tratamiento con bromocriptina. Concomitantemente presenta 3 lesiones vulvares, pediculadas. Que el PAAF informa como hidroadenoma papilífero. En la ecografía mamaria: Hipertrofia del tejido glandular con lesiones solidas dispersas y edema generalizado. En la semana 31 ingresó al hospital por presentar insuficiencia respiratoria. Presentaba disnea por la presión de las mamas. Se descarto TEP. Requirió una semana de hospitalización. En la semana 34 ingreso hospitalario por presentar aumento de las mamas, con zonas cianóticas y necróticas. Las lesiones vulvares con aumento de tamaño y empeoramiento del estado general. Se decide realizar cesárea electiva. En el puerperio es remitida a la consulta de Reumatología por presentar ác. lúpico positivo y escoliosis severa. A los 8 meses posparto se extirpación de las lesiones vulvares. Con un informe de anatomía patológica de hiperplasia fibroadenoide. El tejido mamario había reducido de manera importante con exceso de piel y areola muy grande. Se realiza la intervención quirúrgica por parte de Cirugía plástica una mastectomía simple bilateral más reconstrucción con injerto del complejo areola-pezones.

Discusión: Es una patología rara pero que puede llegar a ser muy grave si no se diagnostica y trata a tiempo. Por eso la importancia de contar con un equipo especializado y realizar un diagnóstico diferencial.