



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Abordaje quirúrgico inframamario en una paciente con un fibroadenoma gigante juvenil. A propósito de un caso y revisión de la bibliografía



S. Álvarez Sánchez^{a,b,*}, E. Martínez Gómez^{a,b}, N. Garrido Sánchez^{a,b},
M.C. Díez Corral^{a,b}, J.M. Barreiro García^{a,b} y Á. Zapico Goñi^{a,b}

^a Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid, España

^b Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid, España

Recibido el 18 de abril de 2021; aceptado el 24 de marzo de 2022

Disponible en Internet el 30 de mayo de 2022

PALABRAS CLAVE

Fibroadenoma
juvenil;
Tumor de mama;
Abordaje
inframamario

Resumen Los tumores benignos más comunes de la mama son los fibroadenomas simples. Son tumores sólidos con tejido glandular y fibroso. Aquellos que presentan un tamaño mayor de 5 cm se denominan fibroadenomas gigantes. Estos pueden presentar un rápido crecimiento, por lo que se debe realizar un diagnóstico diferencial con el tumor phyllodes u otras enfermedades mamarias.

Presentamos el caso de una paciente de 15 años con un fibroadenoma que comenzó con asimetría mamaria y precisó tratamiento quirúrgico mediante abordaje inframamario y enucleación de la masa, con buen resultado estético posterior. Revisamos la bibliografía al respecto.

© 2022 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Giant juvenile
fibroadenoma;
Breast tumour;
Inframammary access

Inframammary removal of giant juvenile fibroadenoma in an adolescent. Case report and review of the literature

Abstract Simple fibroadenomas are the most frequent benign tumours of the breast. They are solid tumours with glandular and fibrous tissue. They can present as a mass greater than 5 cm, called giant fibroadenomas. The presentation of a rapidly growing mass cannot be easily distinguished from phyllodes tumour or other pathologies.

We report the case of juvenile fibroadenoma of the breast in a 15-year-old woman who presented at our hospital with breast asymmetry. She underwent fibroadenoma excision, using inframammary access with good cosmetic outcomes. A detailed literature search and management of these lesions are discussed.

© 2022 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: asralm18@gmail.com (S. Álvarez Sánchez).

Introducción

Los fibroadenomas simples son tumoraciones sólidas mamarias con tejido glandular y fibroso. Además de ser el tumor mamario más común, representa el 50% de las biopsias de mama. Su máxima incidencia es entre los 20-24 años. Generalmente son asintomáticos y se encuentran en cuadrantes superoexternos¹.

El primer escalón en el manejo de estas tumoraciones es la exploración y la realización de pruebas radiológicas. Tras el diagnóstico debe valorarse la posibilidad de realizar seguimiento u optar por un manejo quirúrgico. Las indicaciones del tratamiento quirúrgico suelen ser el alivio de los síntomas por el tamaño y/o la necesidad de diagnóstico histológico tras la exéresis del tumor.

Presentamos una paciente con un fibroadenoma gigante que precisó tratamiento quirúrgico.

Caso clínico

Paciente de 15 años que fue remitida tras ser explorada por su médico de Atención Primaria y palpar una tumoración en el polo inferior de la mama izquierda. La paciente consultó por presentar asimetría mamaria de meses de evolución. No presentaba antecedentes de interés.

En nuestra consulta, a la exploración se palpó una tumoración en la mama izquierda de 8,5 x 3,5 cm en cuadrantes inferiores a 1-2 cm del surco submamario, móvil y de consistencia dura e irregular; no se encontraba adherida a planos profundos ni piel; no presentaba adenopatías axilares palpables ni telorrea.

Se solicitó como primer estudio una ecografía; en ambas mamas se identificó parénquima fibroglandular con ecoestructura normal; en la unión de cuadrantes inferiores de la mama izquierda se objetivó una lesión sólida de 10 x 3 cm, homogénea, con eje paralelo a piel y buena transmisión acústica (BIRADS 3). Con estas características se indicó descartar fibroadenoma de gran tamaño o tumor phyllodes. Con este objetivo, siguiendo el protocolo de nuestro centro se realizó una punción-aspiración con aguja fina, cuyo resultado informó de una marcada proliferación epitelial benigna y estroma laxo, compatible con fibroadenoma juvenil.

Se optó por tratamiento quirúrgico con tumorectomía mediante incisión en surco submamario y enucleación de la masa, con buen resultado estético posterior (fig. 1). El

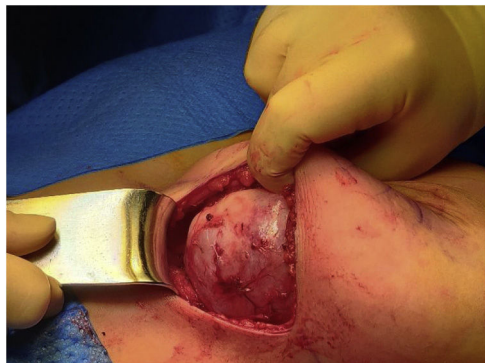


Figura 1 Enucleación de la tumoración mamaria.

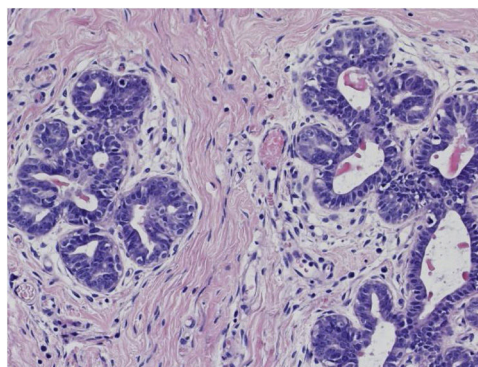


Figura 2 Estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica. Fotografía de tinción hematoxilina-eosina, x20.



Figura 3 Control posquirúrgico. Simetría mamaria.

estudio anatomopatológico final de la pieza confirmó fibroadenoma de mama de patrón pericanalicular con hiperplasia ductal sin atipia focal (fig. 2).

Actualmente, la paciente se encuentra asintomática y satisfecha con el resultado final quirúrgico (fig. 3). Realiza seguimiento en consulta de Unidad de Mama semestral con exploración y ecografía.

Discusión

La mayoría de los tumores de mama en edad infantil y adolescencia son benignos. La evaluación mamaria en estas edades puede suponer un desafío debido a la variabilidad glandular. Los fibroadenomas representan el 30-50% de las masas mamarias en adolescentes en series clínicas, y el 44-94% de las masas en series quirúrgicas².

El modo de presentación más común de los fibroadenomas suele ser un nódulo móvil bien definido en la exploración física o la ecografía. Debe plantearse solicitar un estudio radiológico mediante ecografía, sobre todo en pacientes jóvenes. Según los resultados, se optará por solicitar un estudio histológico o realizar seguimiento. El diagnóstico definitivo solo se puede confirmar a través del estudio anatomopatológico³.

Actualmente, los fibroadenomas son considerados lesiones proliferativas, unidades lobulillares que crecen a un tamaño mayor del normal y contienen elementos tanto epiteliales como estromales, pudiendo superar los 5 cm, siendo considerados fibroadenomas gigantes. El riesgo de

cáncer de mama subsiguiente es ligeramente elevado en casos de fibroadenomas complejos, que contienen quistes > 3 mm, adenosis esclerosante, calcificación epitelial o cambios papilares (RR 1,41 [IC95%, 1,11-1,80])¹. Aunque es destacable que la mayoría de las pacientes con fibroadenomas simples no poseen mayor riesgo de desarrollar cáncer⁴.

Su etiología es desconocida, aunque es probable su relación hormonal, ya que se ha relacionado su aumento de tamaño durante el embarazo y con terapia estrogénica, además de su regresión tras la menopausia¹.

En la adolescencia, el tratamiento de los fibroadenomas implica un seguimiento cuidadoso, ya que la mayoría disminuyen de tamaño o incluso desaparecen con el tiempo (10-40%)². Si la lesión persiste y ecográficamente sus características son de benignidad, no es necesario realizar una biopsia o extirpación en pacientes con menos de 25 años^{3,5}. En nuestro caso, de manera consensuada con la paciente, se decidió indicación de la cirugía tras el resultado de la punción-aspiración con aguja fina sin realización de BAG previa a la intervención por el tamaño de la lesión y el malestar que provocaba a la paciente.

Los fibroadenomas gigantes son tumores benignos observados principalmente en la pubertad o el embarazo. Crecen rápidamente a más de 5 cm y pueden comprimir o reemplazar el tejido mamario normal².

La mayoría de los expertos recomiendan la extirpación de masas persistentes en adolescentes cuando se acercan a la edad adulta, aunque los informes de malignidad asociada a un fibroadenoma preexistente en la adolescencia son raros. En algunos casos deben extirparse puesto que no es posible distinguirlos de los tumores phyllodes mediante exploración física, ecografía o mamografía, como sucedió en nuestro caso^{5,6}.

El abordaje de las tumoraciones gigantes es un desafío debido a su tamaño y la distorsión arquitectónica posquirúrgica que puede dificultar el resultado estético. No existe un abordaje estándar para este tipo de tumoraciones, aunque existen distintas opciones, desde la enucleación simple hasta la mastectomía con o sin reconstrucción mamaria en los casos más extremos. Se ha descrito un algoritmo quirúrgico mediante el uso de imágenes preoperatorias que puede predecir el resultado estético en una mamoplastia. Dicho algoritmo estimaba 10 percentiles del volumen relativo de la tumoración respecto al tamaño mamario según imágenes de ultrasonido y/o mamografía. Concluyeron con su utilización, que se obtenían buenos resultados postquirúrgicos en pacientes con una proporción estimada de tumor de hasta el 70% del tamaño mamario⁷.

Las técnicas descritas para la extirpación de grandes tumoraciones mamarias benignas incluyen el abordaje inframamario, la mamoplastia, el patrón «swiss roll» o la incisión periareolar con extensión. La mamoplastia presenta la ventaja de eliminar la piel redundante que resulta tras la cirugía, por lo que ayuda a restaurar la simetría mamaria, aunque algunos casos precisan cirugía de la mama contralateral para la simetrización^{7,8}.

Si la relación entre tumor y mama es mayor del 70% debe considerarse la realización de una mastectomía valorando el reemplazo del volumen tumoral con colgajo⁹. La opción de reemplazo del volumen por prótesis puede ser también considerada; en nuestro caso fue valorada conjuntamente por el

Servicio de Cirugía Plástica, pero no se consideró necesaria esta opción.

Se debe tener en cuenta que una de las preocupaciones principales de estas pacientes es la cicatriz resultante de la cirugía, sobre todo en las pacientes adolescentes. Por ello, se debe planificar cuidadosamente la localización de la incisión para permitir la extirpación completa del tumor. En nuestra paciente utilizamos un abordaje inframamario, ya que permite encontrar un plano avascular, fácil de realizar y con mínima cicatriz visible, puesto que la esta queda dentro del surco submamario.

Debe asesorarse adecuadamente a las pacientes sobre las expectativas postoperatorias, explicando la ganancia de elasticidad a los 6 meses de la cirugía, y así evitar reintervenciones innecesarias⁸. Además, las pacientes jóvenes pueden presentar recurrencias, por lo que es conveniente el seguimiento a largo plazo. Es más probable la recurrencia de masas > 2 cm al comienzo diagnóstico, con una recurrencia general del 15% durante los primeros 22 meses, y no parece estar relacionada con el margen quirúrgico, la edad o la localización de la tumoración⁹. En nuestro centro recomendamos seguimiento semestral los primeros 2 años y después anual; realizamos exploración en todas las revisiones y al menos una ecografía anual.

Como conclusión, es importante hacer un diagnóstico diferencial mediante técnicas de imagen y estudio histológico de las tumoraciones de mama. La cirugía debería plantearse ante el hallazgo de una masa palpable en paciente mayor de 35 años, en edades más tempranas si el tumor presente es grande o de rápido crecimiento, una tumoración adherida o mal delimitada, o en el caso de una biopsia no concluyente, ya que el estudio definitivo puede descartar otros procesos benignos o incluso enfermedad tumoral maligna. Es importante conocer las diferentes posibilidades y vías de abordaje quirúrgico, buscando un equilibrio entre la extirpación completa de la lesión y un resultado final satisfactorio. Dentro de las posibilidades quirúrgicas, la cirugía oncoplástica permite la exéresis adecuada y la corrección mediante remodelación del defecto de tamaño con un resultado adecuado. En nuestro caso, el abordaje permitió una exéresis completa del tumor mediante una cicatriz amplia, no visible y con resultado grato para nuestra paciente.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Santen RJ. Benign breast disease in women. En: Feingold KR, Anawalt B, Boyce A, Chrousos G, de Herder WW, Dungan K, et al., editores. Endotext [Internet]. South Dartmouth, MA: MDText.com, Inc; 2000 [consultado 30 Ene 2021]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK278994/>.
2. Jayasinghe Y, Simmons PS. Fibroadenomas in adolescence. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2009;21:402–6.
3. Hubbard JL, Cagle K, Davis JW, Kaups KL, Kodama M. Criteria for excision of suspected fibroadenomas of the breast. *Am J Surg*. 2015;209:297–301.
4. Hartmann LC, Sellers TA, Frost MH, Lingle WL, Degnim AC, Ghosh K, et al. Benign breast disease and the risk of breast cancer. *N Engl J Med*. 2005;353:229–37.
5. Chao TC, Lo YF, Chen SC, Chen MF. Sonographic features of phyllodes tumors of the breast. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2002;20:64–71.
6. Tea MKM, Asseryanis E, Kroiss R, Kubista E, Wagner T. Surgical breast lesions in adolescent females. *Pediatr Surg Int*. 2009;25:73–5.
7. Lim GH, Ng RP, Leong LCH. Development of a surgical algorithm by using pre-operative imaging to predict mammoplasty cosmetic outcomes for large non-malignant tumours. *Gland Surg*. 2017;6:649–53.
8. Sosin M, Feldman E. Giant juvenile fibroadenoma: A case and review of novel modalities in treatment. *Breast Dis*. 2012;34:35–8.
9. Huang IC, Li PC, Ding DC. Recurrent juvenile fibroadenoma of the breast in an adolescent: A case report. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97:e10765.