

532 **Virginia Corraliza Galán**
Ana Serrano Antón
Virginia Ortega Abad
Juan López Galián
Ángel Aguarón de la Cruz

Gigantomastia durante el embarazo

Gigantomasty during pregnancy

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Correspondencia:

Dra. V. Corraliza Galán.
Avda. de Brasilia, 13, 10.º izqda. 28028 Madrid. España.
Correo electrónico: vcorraliza.hgugm@salud.madrid.org

Fecha de recepción: 19/4/06.

Aceptado para su publicación: 6-6-06.

RESUMEN

La gigantomastia, o hipertrofia mamaria masiva, es una entidad muy rara de etiología desconocida, que quizás se deba a una estimulación hormonal excesiva o a una hipersensibilidad del órgano diana.

El tratamiento durante el embarazo es de soporte y farmacológico. En el posparto la mayoría de las pacientes requiere una reducción mamaria y una reconstrucción quirúrgica.

Presentamos el caso de una paciente con un rápido crecimiento mamario bilateral durante el embarazo, a la que se tuvo que realizar una cesárea en la semana 32 de gestación por el gran riesgo materno que suponía mantener el embarazo. En un segundo tiempo se realizó una reducción mamaria bilateral.

PALABRAS CLAVE

Gigantomastia. Hipertrofia mamaria masiva. Embarazo.

ABSTRACT

Gigantomastia, or massive breast hypertrophy, is a rare condition of unknown etiology that may be due to hormonal overproduction or hypersensitivity of the target organ.

Treatment during pregnancy is supportive and pharmacologic. Most patients require reduction mammoplasty.

We present the case of a patient with rapid and massive bilateral breast enlargement during pregnancy. Premature labour at 32 weeks was followed by delivery of a normal infant by caesarean section.

In a second intervention, a reduction mammoplasty was carried out.

KEY WORDS

Gigantomastia. Massive breast hypertrophy. Pregnancy.

INTRODUCCIÓN

Primigesta de 28 años de edad, que consulta al ginecólogo por un aumento de tamaño masivo y gradual de ambas mamas. Se pauta tratamiento médico con corticoterapia oral, inhibidores de la prolactina y antibióticos, sin mejoría clínica. Se desestimó la cirugía en ese momento por el gran riesgo de muerte materna. En la semana 32 de gestación se decide practicar una cesárea por el gran riesgo materno que suponía mantener el embarazo. En un segundo tiempo se realizó una reducción mamaria bilateral.

CASO CLÍNICO

Paciente de 28 años de edad, primigesta, que refiere un aumento de tamaño masivo y gradual de ambas mamas en los primeros meses del embarazo. Consulta por primera vez al ginecólogo por el llamativo crecimiento de las mamas en la semana 15 de gestación.

En su historial médico no hay ningún dato reseñable. Se trata de una mujer de complexión normal previa a la gestación con talla de sujetador 85. No se constata ningún antecedente familiar en cuanto a enfermedad de mama o casos de malignidad.

Desde la primera consulta médica (semana 15 de gestación) se inicia tratamiento con corticoterapia oral (Dacortin 2,5 mg) en ciclos que se repiten semanalmente cada 3 semanas. Se pauta cobertura antibiótica oral con cloxacilina y tratamiento con inhibidores de la prolactina.

Las mamas aumentan hasta varias veces su tamaño y peso normales cada semana hasta alcanzar dimensiones enormes y discapacitantes en la semana 23 de gestación.

El estudio hormonal realizado (folitropina, lutropina, prolactina, progesterona, estradiol y gonadotropina coriónica humana) es rigurosamente normal.

La ecografía mamaria informa de un incremento de acinis mamarios con distribución irregular en el parénquima mamario (sobre todo en la mama derecha).

Debido al incapacitante crecimiento mamario y a la falta de respuesta al tratamiento médico, la paciente ingresa en nuestro hospital para estudio en la semana 25 de amenorrea. A la exploración presenta



Figura 1. Gigantomastia en la semana 25 de gestación.

unas mamas muy aumentadas de tamaño, de aspecto firme, edematoso y tenso, con venas subcutáneas prominentes (fig. 1). Como consecuencia del rápido crecimiento mamario y de la presión cutánea se pone de manifiesto una ulceración y necrosis, más acentuada en la mama derecha (fig. 2).

El perímetro torácico es de 150 cm, con una altura mamaria de 40 cm y un perímetro alrededor de la mama de 90 cm. La ecografía mamaria revela la presencia de una hipertrofia mamaria descomunal, sin alteraciones que la justifiquen. Las arterias y las venas varicosas son de 5 mm, sin abscesos ni tumores.

Los cirujanos plásticos desestiman realizar cirugía en ese momento debido al gran riesgo de muerte materna.



Figura 2. Mama derecha en la semana 25 con ulceración y necrosis.

Durante el ingreso se instaura tratamiento con inhibidores de la prolactina, corticoides orales y antibióticos orales, sin mejoría clínica.

Ante la dificultad respiratoria de la paciente, junto con lumbalgia y la imposibilidad para la deambulación, se decide realizar cesárea en la semana 32 tras maduración pulmonar del feto. Las mamas en este momento presentan herniación del tejido mamario a través de la piel, con zonas de necrosis y ulceración (fig. 3).

En el puerperio se inicia la regresión mamaria. Al mes del parto, cada mama pesa aproximadamente 5 kg.

La intervención se pospone 9 meses debido al gran riesgo quirúrgico, realizando una reducción



Figura 3. Gigantomastia en la semana 32 de gestación. En este momento la mama derecha presenta herniación del tejido mamario.

mamaria bilateral con patrón de Stromber e implante libre de areola-pezones. La resección de la mama derecha pesa 1.170 g y la de la mama izquierda alcanza un peso de 1.835 g. La anatomía patológica informa de hipertrofia mamaria bilateral con notables fenómenos de hiperplasia pseudoangiomatosa de la estroma mamaria, sin signos histológicos de malignidad. El postoperatorio cursa sin incidencias.

La paciente no ha tenido otro embarazo desde entonces.

DISCUSIÓN

La hipertrofia masiva de las mamas es una rara condición que se presenta en 2 formas:

— Virginal o hipertrofia de la pubertad. Se inicia en la pubertad, progresa en el embarazo y, generalmente, ocurre entre los 11 y 19 años de edad.

— Gigantomastia o hipertrofia mamaria del embarazo. Es la más rara de las dos formas y, generalmente, se inicia durante las primeras semanas de embarazo. Se produce un crecimiento masivo bilateral de las mamas; da lugar a incapacidad y, ocasionalmente, ulceraciones, necrosis y sangrados^{1,2}.

El primer caso de hipertrofia masiva de la mama fue publicado en 1648, por Palmuth^{1,3,4}. Desde entonces, sólo se han publicado aproximadamente 60 casos, 55 de los cuales se recogieron antes de 1968.

La mayor serie publicada fue en 1917, por Deaver y McFarland⁵, que analizaron 240 casos de hipertrofia mamaria, de los cuales sólo 29 eran una verdadera gigantomastia durante el embarazo.

La incidencia es muy rara, desde 1 entre 28.000 embarazos⁶ hasta 1/100.000⁷.

Según las distintas publicaciones que analizan el sexo del feto, parece no haber asociación entre esta variable y la hipertrofia mamaria^{1,6-9}.

En la mayoría de los casos publicados, la aparición de la gigantomastia aparece en las primeras semanas de gestación^{1,2,4,7,10,11}.

El presente caso es muy peculiar, ya que aparece en la primera gestación, algo inusual porque suele aparecer en el segundo o sucesivos embarazos e incluso hay un caso en la bibliografía que tras 7 embarazos normales desarrolla gigantomastia en la octava gestación.

La causa de esta rara entidad clínica permanece oscura y abierta a la especulación.

La mayoría de los investigadores considera que la causa es hormonal, aunque se desconoce el mecanismo exacto que lo produce.

Hay dos líneas de investigación; la más aceptada es el resultado de una hipersensibilidad del órgano diana a valores hormonales normales. El tejido diana (epitelio ductal, estroma mamaria) tiene receptores estrogénicos que responden de forma exagerada a mínimas concentraciones de hormonas esteroideas, como estrógenos y progesterona, que son las responsables de regular el crecimiento mamario. Otros autores apuntan a una sobreproducción hormonal de HCG, LP o estrógenos que producen un aumento anormal de los valores séricos al inicio de la gestación^{2,6,8,9}.

Al igual que en nuestro caso, los valores de prolactina sérica se mantienen dentro de los límites normales. Sólo hay un caso publicado que muestra valores séricos de prolactina patológicamente elevados^{4,9}.

Los cambios histológicos encontrados son esencialmente similares. Se produce una hipertrofia ma-

siva de tejido periductal y periacinar. Es evidente el notable edema y la dilatación de los espacios intra-lobulillares.

Hedberg et al¹² encontraron una acumulación de sustancia intercelular en lugar de proliferación de células epiteliales. Las células eran pequeñas, colocadas en racimos grandes. En 3 casos se han descrito múltiples fibroadenomas⁶.

Se han experimentado numerosas y variadas formas de terapia en el pasado, con alguna mejora en ciertos casos y ninguna en otros muchos.

La primera línea de tratamiento debería ser la bromocriptina, quizás asociada a progesterona, ya que es el único que ha mostrado mejoría en algunos casos^{2,4,6,7,9,12,13}. También se ha utilizado testosterona, estilbestrol, progesterona, hidrocortisona y progestágeno oral noretisterona, con menos éxito que la bromocriptina^{2,14,15}. Al igual que nosotros, otros autores han utilizado antibióticos ante la presencia de infección local^{1,7}.

La involución de las mamas durante el embarazo o puerperio es impredecible. En la mayoría de los casos revisados, al igual que en el nuestro, la reducción mamaria mediante cirugía plástica ha sido el único tratamiento que ha proporcionado buenos resultados^{1,2,4,6,7,10,11}.

Es preferible esperar algunos meses tras el parto, ya que a menudo ocurre la reducción parcial espontánea, y así se disminuye la tasa de morbilidad de la cirugía. La mastectomía durante el embarazo es extremadamente peligrosa y sólo debería realizarse en casos de hemorragia masiva espontánea¹. En hipertrofias mamarias graves sin hemorragia masiva, es preferible finalizar la gestación y esperar.

No hay forma de predecir la tasa de recurrencias de gigantomastia en sucesivos embarazos, por lo que esta posibilidad debería ser discutida con la paciente.

Por supuesto, la lactancia debe ser inhibida usando bromocriptina.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wolf Y, Pauzner D. Gigantomastia complicating pregnancy: case report and review of the literature. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1995;74:159-63.
2. Moss WM. Gigantomastia with pregnancy: a case report with review of the literature. *Arch Surg.* 1968;96:27-32.
3. Palmuth P. Observationem medicarum centuriae Tres Poshumae, Braunschweig Cent ii; OBS 89, 1648.
4. Stavrides S. Gigantomastia in pregnancy. *Br J Surg.* 1987;74:585-6.
5. Deaver JB, McFarland J. The breast: anomalies, diseases and treatment. Philadelphia: P. Blakistons and Sons Co.; 1917.
6. Lewison EF, Jones GS. Gigantomastia complicating pregnancy. *Surg Gynecol Obstet.* 1960;110:215-23.
7. Beischer NA, Hueston JH. Massive hypertrophy of the breasts in pregnancy. Report of 3 cases and review of the literature. *Obstet Gynecol Survey.* 1989;44:234-43.
8. Wolner- Hanssen P, Palmer B. Case report: Gigantomastia. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1981;60:525-7.
9. Kullander S. Effect of 2 Br-alpha ergocryptin (CB 15H) on serum prolactin and the clinical picture in a case of progressive gigantomastia in pregnancy. *Ann Chir Gynaecol.* 1976;65:227-33.
10. Thomas J, Gargan MD. Gigantomastia complicating pregnancy. *Plast Reconstr Surg.* 1987;80:121-4.
11. Colon GA, Salloum G. Gigantomastia during pregnancy: a case report. *Ann Plast Surg.* 1999;43:295-8.
12. Hedberg K, Karlsson K. Gigantomastia during pregnancy: effect of a dopamine agonist. *Am J Obstet Gynecol.* 1979;133:928-31.
13. Jessing A. Excessive mammary hypertrophy in pregnancy treated with androgenic hormones. *Nord Med.* 1960;63:237-9.
14. Parham KJ. Gigantomastia. Report of a case. *Obstet Gynecol.* 1961;18:189-90.
15. Nolan JJ. Gigantomastia. Report of a case. *Obstet Gynecol* 1962;19:526-29.