

CASO CLÍNICO

Fibroadenoma gigante juvenil y cirugía de reconstrucción: reporte de un caso y revisión de la bibliografía



Manuel Jesús Sánchez González*, José Antonio Crespo Naranjo y Claudia Isabel Vivas Flores

Unidad de Mama, Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz, España

Recibido el 2 de abril de 2021; aceptado el 22 de junio de 2021

Disponible en Internet el 23 de julio de 2021

PALABRAS CLAVE

Fibroadenoma juvenil gigante;
Cirugía plástica y reconstructiva;
Cirugía mamaria;
Asimetría mamaria

Resumen El fibroadenoma es la lesión mamaria benigna más frecuente en la mujer joven, siendo el fibroadenoma gigante juvenil una entidad que aparece principalmente en menores de 25 años. Con una etiología actualmente no bien establecida, se caracteriza por ser una lesión tipo masa mayor de 5 cm que puede ocupar más del 80% de la mama y que presenta un importante crecimiento con las consecuencias físicas y psicológicas que ello conlleva. A pesar de ser una lesión benigna, su evolución progresiva con un rápido crecimiento obliga a descartar malignidad, lo cual ocurre en menos del 0,2% de los casos. El diagnóstico se basa en una correcta anamnesis, exploración física y pruebas complementarias, siendo preferible la ecografía. El estudio anatomopatológico mediante biopsia permite confirmar el diagnóstico clínico de benignidad o descartar malignidad ante una evolución sospechosa. El tratamiento es quirúrgico y consiste en la escisión completa de la lesión variando la técnica quirúrgica realizada (desde cirugía conservadora hasta mastectomía con reconstrucción) según el tamaño de la lesión, las características de la mama y la edad de la paciente.

© 2021 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Giant juvenile fibroadenoma;
Plastic and reconstructive surgery;
Breast surgery;
Breast asymmetry

Giant juvenile fibroadenoma and reconstruction surgery: A case report and literature review

Abstract Fibroadenoma is the most common benign breast lesion in young women, being the giant juvenile fibroadenoma an entity that appears mainly in those under 25 years. With an etiology currently not well established, it is described as a mass type lesion greater than 5 cm or that occupies more than 80% of the breast and presents significant growth, with the physical and psychological consequences that this entails. Despite being a benign lesion, its

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: manuel.sanchezgonzalez@hotmail.com (M.J. Sánchez González).

fast evolution and growth makes it necessary to rule out malignancy, which occurs in less than 0.2% of the cases. The diagnosis is based on a correct anamnesis, physical examination and complementary tests, preferable with ultrasound. The anatomopathological study by biopsy allows to confirm the clinical diagnosis of benignity or to rule out malignancy in the event of a suspicious evolution. Its management is surgical and consists of complete excision of the lesion, varying the surgical technique performed (from conservative surgery to mastectomy with reconstruction) according to the size of the lesion, the characteristics of the breast, and the age of the patient.

© 2021 SESPM. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El fibroadenoma es la lesión benigna más frecuente de la mama en la mujer joven¹. Sin embargo, el fibroadenoma gigante juvenil (FAGJ), definido como aquel mayor de 5 cm, de 500 gramos, o que ocupe más del 80% de la mama, y que acontece generalmente en mujeres menores de 25 años, es una afección de la mama poco frecuente, con una incidencia en torno al 0,5-2% del total de los fibroadenomas².

Aunque la malignización de esta lesión es rara, presenta un rápido crecimiento en muchas ocasiones, lo cual provoca un importante estado de ansiedad en la paciente no solo por el temor a que se trate de una patología más grave, sino por el cambio en la apariencia física que se produce en estas mujeres jóvenes³.

Tradicionalmente la etiología se ha relacionado con un aumento de los niveles de estrógeno o por aumento de los receptores hormonales; sin embargo, actualmente la causa no está claramente establecida⁴.

Generalmente, el fibroadenoma no suele precisar tratamiento quirúrgico; sin embargo, el fibroadenoma gigante, debido a la alteración local que provoca y a la afectación psicológica de la paciente, suele requerir cirugía⁵.

Las recomendaciones actuales ante el diagnóstico del fibroadenoma gigante no dan una información homogénea sobre el manejo de este, existiendo diversas opciones de cirugía, entre las que se encuentra exéresis simple, con o sin incisiones consideradas como de mejor resultado estético, o mastectomía con reconstrucción⁵.

En este trabajo se expone el caso de un FAGJ tratado quirúrgicamente, y se realizará una revisión bibliográfica sobre los casos, el tipo de cirugía y el resultado estético tras ella. El objetivo de este artículo será aportar información desde nuestra experiencia y tras la revisión realizada sobre la actitud terapéutica ante el diagnóstico de FAGJ.

Caso clínico

Se presenta el caso de una mujer de 13 años que describía un rápido crecimiento de la mama derecha tras traumatismo. En la exploración física se objetivó una importante asimetría mamaria, siendo la derecha de un tamaño notablemente mayor, palpándose un tumor de consistencia dura sin poder distinguirse tejido mamario sano (fig. 1). El diagnóstico



Figura 1 Exploración previa a la cirugía.

diferencial que se planteó fue: FAGJ, tumor phyllodes y hematoma organizado. En ecografía se apreciaba una masa en la mama derecha de al menos 12 cm, sólida y homogénea, realizándose biopsia con resultado de fibroadenoma juvenil. En la demora de la cirugía, el tumor sufrió un importante aumento, llegando a medir unos 16 cm (fig. 1).

Debido al rápido crecimiento y a la afectación estética que produjo, se decidió realizar cirugía. Se realizó un diseño de la mama con incisión en «T» invertida con pedículo superomedial con posterior escisión del fibroadenoma. La pieza de tumorectomía tuvo un tamaño de 15 x 7 cm con un peso de 1163 g (se confirmó el diagnóstico anatomopatológico de fibroadenoma juvenil). El planteamiento inicial de la cirugía era realizar una reconstrucción del complejo aréola-pezones (CAP) postumectomía, llevándolo cranealmente junto a su pedículo para corregir la asimetría, ya que debido al tamaño del tumor se preveía una importante excedencia de piel. Sin embargo, debido al escaso grosor del colgajo superior que llevaba el CAP se decidió no tallar el pedículo para evitar una posible complicación posquirúrgica (necrosis). Además, la buena calidad de la piel sobrante, la edad de la paciente y la falta de desarrollo mamario en ambas glándulas ayudó a tomar la decisión de no reconstrucción, ya que se espera una buena readaptación de la piel excedente. El postoperatorio fue sin complicaciones (fig. 2). La revisión tras cirugía a los tres meses de la intervención muestra todavía asimetría

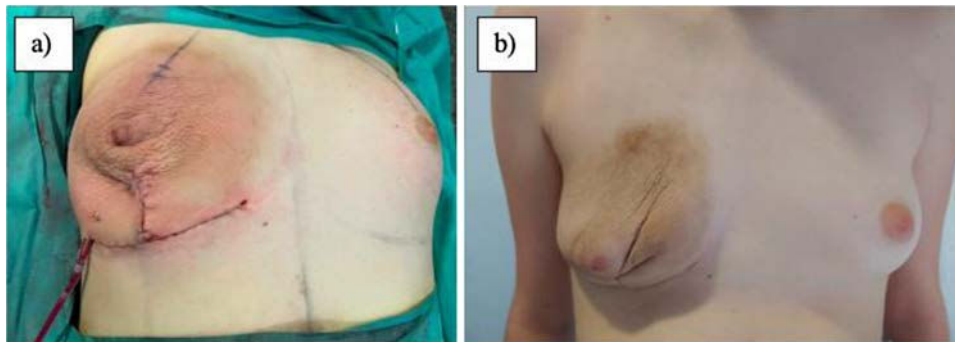


Figura 2 Resultado tras cirugía: a) inmediato tras intervención; b) 3 meses tras intervención (se observa hematoma en resolución e importante exceso de piel, que provoca pliegues principalmente en cuadrantes inferiores e internos de la mama).

mamaria, y, aunque presenta una cicatrización correcta de la incisión en T, muestra un importante exceso de piel dando lugar a pliegues en cuadrantes inferiores e interno de la mama derecha, además de hematoma en resolución (fig. 2). La paciente, conociendo que la cicatrización no se ha completado, pudiéndose resolverse alteraciones estéticas que aún se observan y que además, su desarrollo mamario aún no es definitivo, desea esperar y ver evolución, para valorar una nueva intervención quirúrgica, donde se le planteará la colocación de prótesis bilaterales.

Discusión

El diagnóstico del FAGJ está basado en una correcta historia clínica y examen físico. Se suele presentar como masa indolora, móvil, unilateral, de consistencia dura y crecimiento rápido. Ante su sospecha, se debe realizar pruebas de imágenes (ecografía preferiblemente)⁶. Es fundamental descartar malignidad, aunque es raro encontrarla asociada al fibroadenoma, presentando un riesgo de malignización inferior al 0,2%⁷. Presenta una tasa alta de recurrencia, hasta un 33%⁸. Las recomendaciones actuales aconsejan escisión quirúrgica completa de la masa, debido a su tamaño y su rápido crecimiento, que puede distorsionar notablemente la estética de la mama^{9,10}. A pesar de ello, el tipo de cirugía a realizar difiere en los diferentes científicos publicados.

Los fibroadenomas de pequeño tamaño pueden tratarse mediante escisión simple. Ante lesiones grandes se debe tener en cuenta la dimensión del fibroadenoma, la edad de la paciente y el desarrollo puberal a la hora de decidir el tipo de cirugía¹¹.

La técnica elegida debe conservar el tejido sano mamario y el CAP cuando sea posible. De forma general, el procedimiento de elección será la resección simple, que suele presentar buenos resultados estéticos con muy pocas complicaciones posquirúrgicas¹².

En la revisión sistemática más amplia publicada hasta el momento, por Sosin et al., incluyeron un total de 153 casos realizándose cirugía en el 98,7%, con escisión de la masa en casi todos los casos (solo cuatro casos requirieron mastectomía) y precisando reconstrucción un 17,6%³.

Ha quedado demostrado que la preservación de tejido mamario sano en desarrollo es de suma importancia para conseguir buenos resultados estéticos. Además, a pesar del gran tamaño del FAGJ, el tejido sano habitualmente subestimado suele ocupar el espacio que el tumor deja, reduciendo

la necesidad de reconstrucción¹³. La realización de reconstrucción inmediata tiene mayor riesgo de presentar un peor resultado estético³.

En los casos de importante asimetría, no hay acuerdo sobre el abordaje quirúrgico. Tradicionalmente se ha realizado incisión inframamaria con escisión del tumor, suponiendo remodelación natural de la piel de la mama con el tiempo¹⁴. La técnica «T» invertida manteniendo el CAP intacto, llevada a cabo en nuestra paciente, con la incisión mínima necesaria para la escisión del tumor, permite un fácil acceso para extirpación del tumor, favoreciendo la simetría mamaria¹⁴. Es importante no prolongar en exceso la incisión submamaria, ya que tiende a presentar una peor cicatrización. En la serie de casos de Achebe et al.¹⁴, realizando esta incisión encontraron ventajas sobre el acceso al tumor y el resultado estético, con mínimas complicaciones.

Basados en nuestro caso y en la revisión realizada, se recomienda tratar quirúrgicamente los casos de FAGJ. El tipo de cirugía depende de la edad al diagnóstico, las características de la mama y del tumor, así como los deseos de la paciente. La incisión en «T» invertida, cuyo tamaño sea el mínimo necesario, presenta buenos resultados quirúrgicos y estéticos de manera general, valorando en un segundo tiempo la necesidad de intervenciones de simetrización con el fin de obtener el mejor resultado cosmético posible.

Consideraciones éticas

Los autores declaran que han seguido los protocolos y guías de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Financiación

Los autores declaran no haber percibido financiación pública ni privada para el trabajo realizado.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Meng X, Yamanouchi K, Kuba S, Sakimura C, Morita M, Matsuguma K, et al. Giant fibroadenoma of the breast: A rare

- case in a mature woman. *Int J Surg Case Rep.* 2019;63:36–9, <https://doi.org/10.1136/bcr-2018-227277> Medline.
2. Sosin M, Pulcrano M, Feldman E, Patel K, Nahabedian M, Weissler J, et al. Giant juvenile fibroadenoma: a systematic review with diagnostic and treatment recommendations. *Gland Surg.* 2015;4:312–21. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2227-684X.2015.06.04> Medline.
3. Celik M, Dural A, Unsal M, Akarsu C, Alim E, Kapan S, et al. Giant juvenile fibroadenoma. *Ulus Cerrahi Derg.* 2015;31:96–8, <http://dx.doi.org/10.5152/UCD.2014.2574>. Medline.
4. Hille-Betz U, Klapdor R, Henseler H, Soergel P, Länger F. Treatment of giant fibroadenoma in young women: Results after tumor excision without reconstructive surgery. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2015;75:929–34, <https://doi.org/10.1055/s-0035-1546108> Medline.
5. Huang I, Li P, Ding D. Recurrent juvenile fibroadenoma of the breast in an adolescent. *Medicine.* 2018;97:e10765, <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000010765>. Medline.
6. Wu Y, Chen S, Chen C, Kuo Y, Tseng L, Chen D, et al. Breast cancer arising within fibroadenoma: collective analysis of case reports in the literature and hints on treatment policy. *World J Surg Oncol.* 2014;12:335, <https://doi.org/10.1186/1477-7819-12-335> Medline.
7. Song B, Kim E, Seol H, Seo J, Lee J, Kim D, et al. Giant juvenile fibroadenoma of the breast: a case report and brief literature review. *Ann Pediatr Endocrinol Metab.* 2014;19:45, <http://dx.doi.org/10.6065/apem.2014.19.1.45>. Medline.
8. Gaurav K, Chandra G, Neelam K, Kumar S, Singla H, Yadav S. A pre-pubertal girl with giant juvenile fibroadenoma: A rare case report. *Int J Surg Case Rep.* 2015;16:87–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2015.09.026>. Medline.
9. Hiller A, Lee T, Henderson J, Ajkay N, Wilhelmi B. Oncoplastic reduction pattern technique following removal of giant fibroadenoma. *Pubmed.* 2021. Medline.
10. Celik SU, Besli Celik D, Yetiskin E, Ergun E, Percinel S, Demirel S. Giant juvenile fibroadenoma of the breast: a clinical case. *Arch Argent Pediatr.* 2017;115:e428–31, <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2017.eng.e428>.
11. Corredor Andrés B, Márquez Rivera M, Lobo Bailón F, González Meli B, Azorín Cuadrillero D, Muñoz Calvo M, et al. Fibroadenoma gigante de mama en adolescentes: procedimientos diagnóstico-terapéuticos. *An Pediatr Barc.* 2018;89:383–5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.01.006>. Medline.
12. Sosin M, Feldman E. Giant juvenile fibroadenoma: A case and review of novel modalities in treatment. *Breast Dis.* 2013;34:35–8, <https://doi.org/10.3233/BD-130342> Medline.
13. Jacob M. Application of reduction mammoplasty in treatment of giant breast tumour. *Br J Plast Surg.* 2000;53:265–6, <https://doi.org/10.3233/BD-130342> Medline.
14. Achebe J, Njeze G, Okwesili O. Treatment of unilateral giant fibroadenoma by breast reduction skin incision: The inverted ‘‘T’’ technique. *Niger J Clin Pract.* 2014;17:43, <https://doi.org/10.3233/BD-130342>.