



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Mastectomía por fibroadenoma gigante localmente avanzado



Alicia Sánchez Sánchez^{a,*}, Rosa Albalat Fernández^a, Álvaro Gutiérrez Domínguez^b
y Manuel La Calle Marcos^a

^a Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

Recibido el 12 de febrero de 2015; aceptado el 7 de abril de 2015

Disponible en Internet el 29 de mayo de 2015

PALABRAS CLAVE

Fibroadenoma gigante;
Patología benigna
de la mama;
Mastectomía

Resumen El fibroadenoma es el tumor mamario benigno más frecuente en las mujeres entre los 20 y 35 años. Hay diferentes variantes, destacando el fibroadenoma gigante sobre el cual presentamos el caso clínico. El fibroadenoma gigante ha sido definido como un fibroadenoma cuyo diámetro máximo es mayor de 5 cm o que pesa más de 500 g. El diagnóstico inicial se basa en la historia clínica y en la examinación física, y el diagnóstico definitivo se realiza mediante el estudio histológico. El tratamiento quirúrgico debe de ser valorado individualmente, optando por la resección en casos de crecimiento muy rápido y casos muy sintomáticos. En los casos en los que existe una asimetría mamaria severa, se podría emplear la técnica de «T» invertida, que es eficaz en la reducción del volumen y la corrección de la ptosis en hipertrofia mamaria, e incluso plantear la mastectomía. © 2015 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Giant fibroadenoma;
Benign disease
of the breast;
Mastectomy

Mastectomy for locally advanced giant fibroadenoma

Abstract Fibroadenoma is the most common benign breast tumor in women aged between 20 and 35 years. There are different variants, including giant fibroadenoma. We report a case of this entity. Giant fibroadenoma has been defined as a fibroadenoma with a maximum diameter larger than 5 cm or weighing more than 500 g. The initial diagnosis is based on clinical history and physical examination and definitive diagnosis is made by histological analysis. Surgical treatment should be individually assessed and resection is recommended in patients with fibroadenomas with very rapid growth and in highly symptomatic patients. In patients with severe mammary asymmetry, the inverted «T» technique can be used, which is effective in reducing the volume and correcting ptosis in breast hypertrophy. Mastectomy is also an option. © 2015 SEGO. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ali_3_1987@hotmail.com (A. Sánchez Sánchez).

Introducción

Los fibroadenomas son una de las tumoraciones sólidas más frecuentes de la mama, siendo el tumor mamario benigno más frecuente en las mujeres entre los 20 y 35 años. A propósito del caso clínico que presentamos hacemos referencia al fibroadenoma gigante, definido como un fibroadenoma cuyo diámetro máximo es mayor de 5 cm o que pesa más de 500 g^{1,2}. El diagnóstico definitivo es mediante estudio histológico¹ y en cuanto al tratamiento es importante individualizar cada caso, en función de la sintomatología y modo de crecimiento³.

Presentamos el caso de una mujer de 51 años diagnosticada de fibroadenoma gigante, a la que se le practicó mastectomía total simple izquierda.

Caso clínico

Mujer de 51 años que acudió a urgencias por presentar un bulto en mama izquierda no doloroso y pruriginoso. En la exploración se observaron mamas asimétricas a favor de la mama izquierda, estando esta cianótica. Se palpaba en CIE de mama izquierda una tumoración de unos 10 cm adherida a planos profundos, dura y de contorno irregular. Se solicitó prueba de imagen urgente y se realizó interconsulta a la Unidad de Mama.

Acudió a consulta de mama y se objetivó una tumoración de unos 20 cm que ocupaba toda la mama izquierda. En la ecografía de mama izquierda se identificó una tumoración sólida de contornos polilobulados que se localizaba en CCEE. En la mamografía complementaria se apreció tumoración polilobulada, con calcificaciones groseras, que ocupaban la mayor parte de la mama izquierda. Se realizó BAG, obteniéndose 5 cilindros para estudio histológico. El resultado de la biopsia informó de ausencia de elementos neoplásicos malignos, compatible con enfermedad fibroquística de predominio fibroso. Microcalcificaciones. Ante el diagnóstico de fibroadenoma gigante se indicó mastectomía, pero la paciente firmó la denegación de tratamiento.

Consultó de nuevo a los 5 meses por aumento del nódulo y ulceración en mama izquierda con sangrado. En la exploración se observó mama izquierda aumentada 2-3 veces su tamaño, no dolorosa, irregular, de consistencia dura al tacto, presentando 2 úlceras de unos 7 cm de diámetro con exudado serosanguinolento (figs. 1 y 2). Se le propone de nuevo la mastectomía, aceptándola en esta ocasión.

Se le realizó mastectomía total simple izquierda (fig. 3), llegando hasta fascia del pectoral y se dejó un drenaje aspirativo en lecho de tumorectomía (figs. 4 y 5).

Discusión

El fibroadenoma es el tumor mamario benigno más frecuente en las mujeres entre los 20 y 35 años. Es una lesión benigna, aunque su tamaño también plantea la posibilidad de malignidad que requiere la diferenciación de una enfermedad maligna de la mama². Los fibroadenomas son las masas de mama tratada quirúrgicamente más común en adolescentes, representando del 44 al 94% de las biopsias de mama³.



Figura 1 Aspecto macroscópico de la mama antes de la intervención.

Los fibroadenomas gigantes se presentan como tumoraciones firmes, claramente demarcadas, sólidas, móviles e indoloras que pueden adquirir un gran tamaño si se produce un crecimiento rápido⁴. Tienen un mayor grado de celularidad



Figura 2 Aspecto macroscópico de la mama antes de la intervención.



Figura 3 Visión macroscópica de la pieza de mastectomía.

estromal y los fibroadenomas gigantes pueden reemplazar y comprimir tejido mamario normal y se puede confundir inicialmente con el tejido normal³. Se encuentran más comúnmente en el cuadrante superior externo de la mama³. Desde el punto de vista clínico es frecuente que sea la paciente quien se palpe un nódulo en la mama, lo que la motiva a consultar.

Las variantes especiales de fibroadenoma incluyen el fibroadenoma juvenil, fibroadenoma gigante, fibroadenoma en embarazo y lactancia, y fibroadenoma múltiple¹. La diferenciación debe hacerse entre fibroadenoma gigante e hipertrofia juvenil³, siendo esta última más frecuentemente bilateral, se desarrolla en la pubertad, no cesa de crecer en la etapa adulta y se suele acompañar de mastodinia⁵.

En cuanto a la etiología del fibroadenoma, se cree podría influir en su aparición la producción de estrógenos, siendo por ello frecuentes durante la adolescencia, en el embarazo o en relación con un tratamiento estrogénico⁴. Durante la menopausia es frecuente observar fibroadenomas calcificados.

El diagnóstico se basa inicialmente en la historia clínica, que incluye historias familiares, la ocurrencia de problemas anteriores relacionados con la mama, historia de cualquier radiación y la presencia de síntomas constitucionales. Se

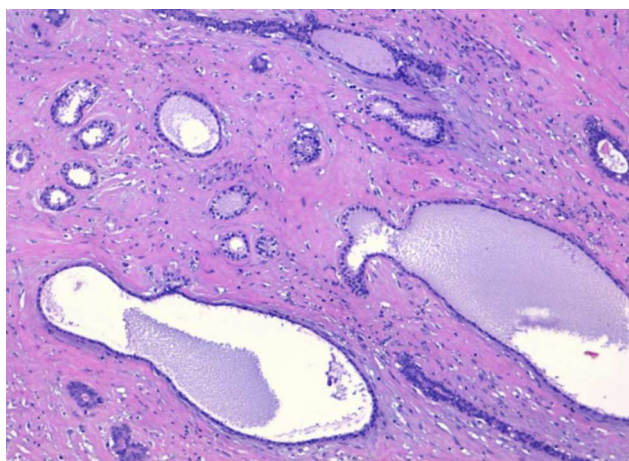


Figura 4 Fibroadenoma con patrón de crecimiento pericanalicular y un incremento leve a moderado de la celularidad estromal ($\times 10$).

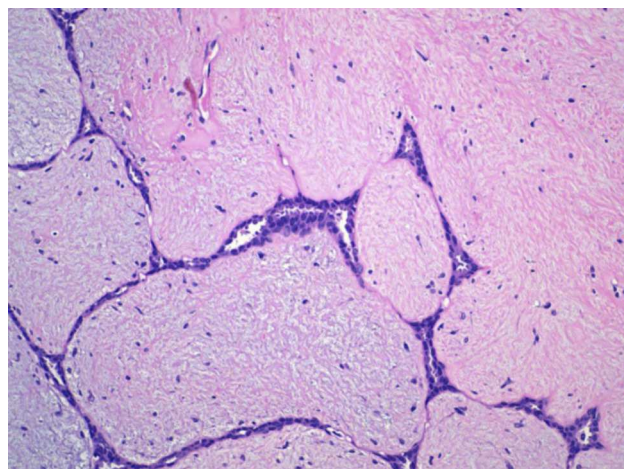


Figura 5 Fibroadenoma con patrón de crecimiento intracanalicular ($\times 10$).

debe investigar sobre la ubicación de la masa, duración, cambio de tamaño, si puede ser dependiente de la menstruación, si presenta dolor asociado y la ocurrencia de masas adicionales. Además se debe realizar también de entrada un examen físico para evaluar tamaño, movilidad y consistencia de la masa. Deben hacerse intentos para producir secreción del pezón y la palpación de los ganglios linfáticos axilares³.

Además, el manejo inicial debe incluir la observación durante por lo menos un ciclo menstrual normal. Si posteriormente la masa persiste, se pueden realizar estudios de imagen para determinar si la masa es consistente con un fibroadenoma. La ecografía es la prueba de imagen más comúnmente realizada en pacientes jóvenes porque detecta mejor las masas en senos fibroglandulares y puede determinar si una masa es sólida o quística, aunque tiene limitaciones al distinguir entre masas sólidas como un fibroadenoma y un tumor filoides. Como alternativas estarían la mamografía y la RNM³.

El diagnóstico definitivo se realiza mediante el estudio histológico a través de la citología de aspiración con aguja fina, que en las tumoraciones grandes es fundamental para el diagnóstico de benignidad¹. La aspiración con aguja fina no siempre puede diferenciar entre un tumor filoides y un fibroadenoma, lo cual es importante, ya que a diferencia de los fibroadenomas, el tumor filoides requiere la supresión amplia con márgenes negativos¹. Finalmente, la biopsia incisional puede confirmar el diagnóstico.

Además, el estudio histológico permitirá completar el diagnóstico diferencial con otras entidades: lipomas, hamartomas, necrosis grasa, abscesos gigantes, papilomas...⁶⁻⁸.

Desde el punto de vista histológico se trata de un tumor mixto, existe proliferación epitelial y estromal derivadas de la unidad terminal del conducto lobular^{3,4}.

En cuanto al tratamiento es muy importante individualizar el caso. Si se opta por la observación, será importante el seguimiento con controles regulares³. Además en la mama, en vías de desarrollo, el riesgo de lesión yatrogénica puede ser mayor que los beneficios de la cirugía, especialmente porque el riesgo de malignidad es bajo y los fibroadenomas tienden a resolverse a menudo con el tiempo³.

La extirpación quirúrgica puede realizarse si la masa es sintomática o de rápido crecimiento, o si el paciente está experimentando ansiedad excesiva debido a la presencia de la masa³.

La incisión óptima es circumareolar o en el pliegue infra-mamario para minimizar cicatrices visibles, sin embargo, el tamaño y la ubicación de la masa será la que guíe en última instancia, la ubicación de la incisión y la longitud³. Los pacientes pueden experimentar asimetría secundaria, especialmente después del retiro de un fibroadenoma gigante, pero la cirugía reconstructiva generalmente no se considera hasta por lo menos un año después del procedimiento y cuando el paciente haya alcanzado la madurez esquelética³.

Alternativamente, cirugía guiada por ultrasonido o crioblación guiada por ultrasonido han dado lugar a buenos resultados en adolescentes y adultos, pero estas técnicas no son ampliamente usadas³.

En fibroadenomas gigantes con una asimetría mamaria significativa, la supresión de la tumoración mediante la técnica de «T» invertida es eficaz en la reducción del volumen y la corrección de la ptosis en hipertrofia mamaria, siendo las complicaciones mínimas (revisión retrospectiva)².

En algunos casos es necesario realizar una mastectomía. Algunos autores en estos casos defienden el realizar una mastectomía con reconstrucción mamaria posterior⁶.

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.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A los magníficos compañeros anteriormente citados que me han ayudado para que la elaboración de este caso clínico fuese posible.

Bibliografía

1. Ng WK, Mrad MA, Brown MH. Juvenile fibroadenoma of the breast: Treatment and literature review. *Can J Plast Surg.* 2011;19:105–7.
2. Achebe JU, Nize GE, Okwesili OR. Treatment of unilateral giant fibroadenoma by breast reduction skin incision: The inverted T technique. *Niger J Clin Pract.* 2014;17:43–6.
3. Cerrato F, Labow BI. Diagnosis and management of fibroadenomas in the adolescent breast. *Semin Plast Surg.* 2013;27:23–5.
4. Usandizaga JA, Calero F, Contreras F, Hardisson D. Patología benigna de la mama. En: Usandizaga JA, Fuente P, editores. *Tratado de Obstetricia y Ginecología.* Madrid. 2005. p. 499-495.
5. Divasta AD, Weldon C, Labow BI. The breast: examination and lesions. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012 : pp. 405–20.
6. Gobbi D, Dall'Igna P, Alaggio R, Nitti D, Cecchetto G. Giant fibroadenoma of the breast in adolescents: Report of two cases. *J Pediatr Surg.* 2009;44:e39–41.
7. Agarwal P, Sparnon AL. Benign breast lesions in adolescents girls: An overview with a case report. *Pediatr Surg Int.* 2005;21:381–2.
8. Chang DS, McGrath MH. Management of benign tumors of the adolescent breast. *Plast Reconstr Surg.* 2007;120:e13–9.