

SESIONES CIENTÍFICAS

Gigantomastia gravídica

*María Noel Hernández,**

*Bibiana Naso,**

*Enrique Aguilera,** Augusto*

*Guerrero,** Lucila Hansen,**

*Paula Vázquez,**

*Gustavo Hauszpigiel**

RESUMEN

Introducción

La gigantomastia gravídica es una entidad poco frecuente, de etiología desconocida, con una incidencia de 1 en 100.000 embarazos. Se caracteriza por un crecimiento mamario excesivo e invalidante durante la gestación. El tratamiento durante el embarazo es sintomático, requiriendo resolución quirúrgica en el puerperio.

Material y método

Reporte de caso clínico de gigantomastia gravídica en el Hospital José María Penna de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en 2017.

Caso clínico

Paciente de 22 años, primigesta que, cursando embarazo de 20 semanas, consulta por aumento exagerado del volumen mamario, de dos meses de evolución.

Se realiza punción percutánea con aguja gruesa cuyo resultado informa parénquima mamario con ductos y lobulillos preservados.

Se instaura tratamiento sintomático, decidiéndose la finalización del embarazo durante la semana 34 de gestación por gran discomfort materno

*Sección Patología Mamaria, Hospital José María Penna de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

**Sección Obstetricia, Hospital José María Penna de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Correo electrónico de contacto:
mnoel.hernandez@hospitalitaliano.org.ar

asociado a disnea. Durante el puerperio, se inhibe la lactancia, y evoluciona favorablemente con involución mamaria parcial; actualmente se encuentra en plan quirúrgico.

Conclusiones

La gigantomastia gravídica es de presentación excepcional.

El tratamiento es sintomático durante la gestación siendo la resolución quirúrgica fundamental en el puerperio. El manejo multidisciplinario es indispensable.

Palabras clave

Gigantomastia. Hipertrofia mamaria. Embarazo.

SUMMARY

Introduction

Gestational gigantomastia is an unusual condition of unknown origin, which occurs in approximately 1 out of every 100.000 pregnancies. It is defined as an excessive and invalidating mammary hypertrophy which develops during pregnancy. Supportive care for symptomatic relief is offered during pregnancy, but surgical approach and reduction mammo-plasty is usually warranted after childbirth.

Materials and method

The following is a case report of a patient with gestational gigantomastia who was treated at the Hospital Jose Maria Penna de Buenos Aires in 2017.

Clinical vignette

This is the clinical case of a 22-year-old primigravida, who presented at 20 weeks of pregnancy. She complained of exaggerated bilateral increase in breast volume over the previous two months.

Core needle biopsy informed presence of normal breast parenchyma with normal ducts and lobes.

Supportive treatment was initiated for symptom relief. Elective termination of pregnancy at 34 weeks was decided because of great maternal

discomfort and dyspnea. After childbirth, lactation was suppressed and the patient is currently awaiting surgical correction.

Conclusions

Gestational gigantomastia is an exceptionally rare condition.

The therapeutic goal during pregnancy is usually symptom relief. Surgical correction is essential after childbirth and interdisciplinary management is mandatory.

Key words

Gigantomastia. Breast hypertrophy. Pregnancy.

INTRODUCCIÓN

La gigantomastia gravídica es una entidad poco frecuente, de etiología desconocida, con una incidencia de 1 en 100.000 embarazos.¹ Descrita por primera vez en 1648 por el Dr. Palmuth, se caracteriza por un crecimiento mamario excesivo e invalidante durante la gestación.² Se presenta con mayor frecuencia en el primer trimestre, aunque se han informado casos de inicio en cualquier momento del embarazo, inclusive durante el puerperio.

El crecimiento masivo y bilateral de las mamas puede dar lugar a incapacidad física y, ocasionalmente, a úlceras, necrosis y sangrados, con un gran impacto psíquico y emocional.

Respecto de su etiología, la teoría más aceptada es la hipersensibilidad del órgano diana a valores hormonales normales.

El tratamiento durante el embarazo es sintomático, requiriendo resolución quirúrgica en el puerperio.

MATERIAL Y MÉTODO

Se presenta aquí un reporte de caso clínico de gigantomastia gravídica registrado en 2017 en el Hospital José María Penna de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 22 años, primigesta, que se halla cursando un embarazo de 20 semanas, sin antecedentes personales ni familiares de relevancia. La paciente consulta por guardia por aumento exagerado del volumen mamario de dos meses de evolución. Refiere un crecimiento rápido y excesivo de las mamas a partir de la semana 10 de embarazo, motivo por el que consultó en otra institución. Su talla de corpiño previa era de 85.

Al examen físico, se evidencia hipertrofia mamaria bilateral, con un ligero predominio de mama izquierda, cambios tróficos en piel y dilatación venosa (Figura 1); presenta áreas ganglionares libres.

Se realiza ecografía, en la que se describe parénquima mamario de ecoestructura hiperecogénica, con múltiples áreas hipoeicoicas que confieren aspecto heterogéneo. Como datos de laboratorio se encuentran: estradiol de 259 pg/ml y prolactina de 74 ng/ml. Se lleva a cabo punción percutánea con aguja gruesa cuyo resultado informa parénquima mamario con ductos y lobulillos preservados.

Se decide realización de ateneo multidisciplinario previa búsqueda y revisión bibliográfica, para determinar conducta terapéutica y seguimiento. Se instauro tratamiento con medidas higiénico-dietéticas, vendaje mamario y venotónicos. Se lleva a cabo un seguimiento conjunto con Servicio de Obstetricia de Alto Riesgo.

La paciente continúa con buena evolución del embarazo y aumento lento y progresivo del volumen mamario, lo que permite una conducta expectante respecto de la finalización del mismo.

Se realiza maduración pulmonar a las 28 semanas. Se decide internación durante la semana 34 de gestación por gran discomfort de la paciente asociado a impotencia funcional y disnea. Luego de nuevo curso de maduración, se decide la finalización del embarazo por cesárea abdominal. Nace feto vivo, vigoroso, de sexo masculino, de 1.300 gramos, peso adecuado para edad gestacional.

En puerperio, se inhibe la lactancia con cabergolina, siendo suficiente la dosis estándar de dos comprimidos de 0,5 mg. Actualmente, evoluciona favorablemente con involución mamaria parcial y se encuentra en plan quirúrgico.

DISCUSIÓN

La gigantomastia gravídica es una patología rara. Ni sus factores de riesgo, ni su etiopatogenia están claramente definidos. Al respecto, se han

Figura 1



postulado numerosas teorías, pero ninguna de aceptación generalizada: hipersensibilidad hormonal, alteración del metabolismo, aumento de prolactina, uso de fármacos como la penicilamina o la ciclosporina y enfermedades autoinmunes.³

En una revisión sistemática, elaborada por Mischu y colaboradores entre 1976 y 2016, se reportaron 50 pacientes, con un rango etario de 16 a 35 años, en su mayoría con afectación bilateral, de inicio en el primer trimestre de la gestación. Aunque no se encontró una enfermedad sistémica específica asociada, cuatro pacientes presentaron miastenia gravis y dos tenían anticuerpos antifosfolípidicos.⁴

Entre las complicaciones más frecuentes, se han reportado casos de sepsis graves, disfunción renal, síndrome de disfunción multiorgánica e incluso muertes fetales. La terminación electiva del embarazo puede ser necesaria si la condición materna así lo exige.^{3,5}

El tratamiento es controvertido. La bromocriptina y la progesterona se han aplicado en forma de ensayo con resultados disímiles. La mastectomía durante el embarazo solo debería realizarse en situaciones extremas de sangrado mamario masivo.⁴

Halil Türkan refiere hasta la fecha 125 casos publicados y describe a la hiperprolactinemia como condición común, por lo que las pacientes recibieron bromocriptina como tratamiento de elección –por su acción agonista dopaminérgico–, demostrando una detención del crecimiento mamario, sin efecto aparente en su reducción.¹

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. En un estudio de Swelstad, el 100% de los pacientes que se sometieron a cirugía de reducción mamaria por gigantomastia gestacional recayeron en la siguiente gestación.⁵

El diagnóstico diferencial se debe hacer mediante comprobación histológica, para descartar la presencia de Tumor Phillodes, fibroadenoma, Linfoma No Hodgking, Linfoma linfoblástico y carcinomas.

CONCLUSIONES

La gigantomastia gravídica es de presentación excepcional.

Las estrategias terapéuticas son sintomáticas, desde medidas higiénico-dietéticas hasta tratamiento hormonal y quirúrgico. Aunque el tratamiento médico es la primera línea, la cirugía es el pilar principal. El manejo multidisciplinario es necesario para llevar un adecuado control gestacional y para determinar el momento oportuno de finalización del embarazo.

REFERENCIAS

1. Türkan H, Gökgöz MS. Gestational Gigantomastia. *J Breast Health* 2016 Apr; 12 (2): 86-87.
2. Palmuth P. Observationem medicarum centuriae tres poshumae. Braunschweig Cent II, OBS 89, 1648.
3. 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.
4. Mangla M and Singla D. Gestational Gigantomastia: A Systematic Review of Case Reports. *J Midlife Health* 2017 Jan-Mar; 8 (1): 40-44.
5. Swelstad MR, Swelstad BB, Rao VK, Gutowski KA. Manejo de la gigantomastia gestacional. *Plast Reconstr Surg* 2006; 118: 840-848.

DEBATE

Dr. Coló: Felicidades por la presentación. Queda a consideración de las opiniones de los presentes, en especial, de alguno que haya tenido experiencia.

Dr. Barbera: Solamente un comentario –porque tuvimos una paciente muy parecida; es más, te diría que, viendo las fotografías, era exactamente igual–. Se trató médicamente con bromoergocriptina con prolactina, pero ni siquiera terminó el tratamiento porque no se consigue más el Parlodel. Siempre pensando en la posibilidad de una cirugía, porque el gran riesgo son las ulceraciones y las infecciones e incluso la hemorragia. Llegó a término el embarazo y después redujo. Estábamos preparando para hacerle una cirugía de reducción y quedó embarazada (no sé si ha tenido el hijo porque esto es ahora), y no hizo para nada el cuadro que había hecho en el primero –durante el cual, hasta la ayudaban a levantarse porque no podía hacerlo sola de la cama–. En este caso, hasta la última vez que la vi, no era tan importante. Con respecto a la bibliografía –y es importante señalarlo porque, casualmente, está presente–, el doctor Del Castillo tiene una publicación de hace varios años en Córdoba con un caso similar, que la leímos cuando buscamos por este caso que se presentó.

Dr. Del Castillo: Nosotros tenemos experiencia en esto. Hemos vivido situaciones bastante dramáticas, porque, inclusive, nos han derivado pacientes con diagnóstico de carcinoma inflamatorio bilateral, porque la turgencia era tan manifiesta que, no teniendo la experiencia –y, como usted lo ha dicho, esto es muy raro de ver–, la enviaron diciendo que era un carcinoma de mama bilateral. Era una chica joven de unos 21 o 22 años. A esta chica la tratamos, la mandamos de vuelta y ninguno de los medicamentos funcionó. Lo contrario, ustedes la hidrataron, nosotros... no sé, yo no la deshidraté pero le mandé reposo. Yo le mandé reposo en Trendelenburg invertido, ¿me explico? De esa forma la chica se alivió de esto y salió del paso, eran 25 o 28 semanas. Estuvo bastante tiempo hasta que llegó a término; y después, con el doctor Motura, hicimos la reconstrucción. Creo que en uno de los casos hubo que hacer la mastectomía porque la piel estaba totalmente deteriorada. Pero hay un caso que yo recuerdo, que quiero acá hacerlo notar, muy interesante, que es el de una chica joven de unos 18 años que ya tenía una gigantomastia bilateral; se le hizo una reducción mamaria, cosa con la que hay que tener cuidado –bueno, acá hay plásticos y hay reconstructivos de mucha jerarquía, de manera que sabrán in-

interpretar lo que quiero decir-. En la gente joven, cuando hacen esta gigantomastia, no hay que apurarse; hay que esperar que la mama madure, porque acuérdense de que la mama es uno de los órganos que más demora en madurar. Hasta los 20 o 22 años la mama sigue creciendo. Entonces, hay que darle tiempo. Esa enferma se operó a los 18 años porque, indudablemente, la presión de la familia obligó a que se hiciera la cirugía. Al poco tiempo de operada, se volvió a embarazar. Bueno, hizo una gigantomastia brutal. Era la hija de un médico santiaguense. Así que pasó casi toda la gestación en cama, y después hubo que hacer la cirugía... Pero... No recuerdo la evolución de esa enferma... Pero tengo la experiencia de varios casos. Nosotros acá, en la Sociedad, hace muchos años, con Motura -hubo poca gente y a lo mejor no se publicón en el Acta- presentamos 5 pacientes que habíamos visto con este tipo de gigantomastia en el embarazo. Son sensibilidades especiales del tejido mamario que no responden ni al tamoxifeno ni a la cabergolina ni a la bromo -que mencionó el doctor-; entonces, bueno, es cuestión de aguantar que termine la gestación; y después, que se encarguen los plásticos, ¿no, Dr González?

Dr. González: El tema es el siguiente: nosotros en el Hospital no tenemos experiencia en pacientes gravídicas, porque obviamente es un hospital de Oncología. Pero he visto bastantes hipertrofias puberales iguales, o inclusive algunas más grandes que estas. Ahora, en este caso particular, volviendo a la pregunta tuya con respecto a la indicación quirúrgica, lo primero que hay que hacer es esperar que estas mamas entren en un reposo funcional. No hay que hacer una cirugía antes de eso. No hay indicación, independientemente de las molestias que tenga la paciente. Porque, en realidad, acá, técnicamente, yo no estoy de acuerdo con una mastectomía en estas pacientes, salvo que tengan alguna patología que lo justifique. Esto no es para una mastectomía. Lo que hay que discutir acá es en qué mo-

mento operarla; obviamente, cuando esté en un reposo fisiológico. Y además está la técnica: si es que hay que hacer una reducción mamaria, la primera pregunta es: ¿se puede o no conservar el pezón, la areola y el pezón? Se puede hacer un re-injerto con una técnica de Thorek, pero, en muchos de estos casos, cuando la mama entra en reposo, se pueden hacer técnicas de pedículo postero-inferior, en donde perfectamente se pueden mantener -no nos olvidemos de que es una paciente joven- la areola y el pezón conectado a la glándula, elevarlo y obviamente hacer colgajos laterales de buen pedículo para evitar necrosis. Eso es lo que se podría hacer. Hemos tenido algunos casos de estos con buenos resultados. Obviamente que no la operaría hasta tanto esto esté en reposo. Fíjense solamente en la vascularización que tiene ahí en la mama izquierda. Técnicamente hasta es complicado en este momento. Yo esperaría, pero en realidad no le haría una mastectomía. Le haría algún tipo de reducción con conservación del complejo, o no conservación y reinjerto. Pero no vería otro tipo de inconvenientes. No hay que ser agresivo; y, obviamente, se debe consultar, porque no es una reducción convencional, hay que tener experiencia. Hacer un pedículo postero-inferior en esta paciente necesita mucho detalle técnico para no perder vascularización. Imagínense que va a estar todo el complejo vascularizado por todos los perforantes posteriores que son largos y están elongados; o sea que hay que tener mucho cuidado con la base del pedículo inferior. Pero se puede hacer.

Dr. Dávalos Michel: Yo tuve la oportunidad de tener un caso en consulta, e hicimos lo que dijo el doctor González, se le inhibió la lactancia. Incluso tenía un poquito de ulceración de la piel, y esperamos más o menos 3 o 4 meses antes de operarla. La operamos con el doctor Rancati. Como dice el doctor González, esperamos el reposo total funcional. Disminuye un poco el volumen, por una cuestión de que se descongestiona, se

desedematiza, pero no disminuye el tamaño. Rancati le hizo, como dijo el doctor González, una reducción mamaria con pedículo inferior y se pudo conservar el pezón y la areola. Pero no hay medicamentos que disminuyan porque la mama queda aumentada de tamaño. La única solución es la cirugía.

Dr. Mendy: Nosotros tuvimos un caso similar hace unos ocho años en el Hospital San Martín de La Plata; la descripción era muy parecida. Y el punto era este: cómo hacer para que no se lacerara la piel por el peso de las mamas. Lo que se hizo en el momento fue interconsultar con dermatología; se le dieron cremas y demás para mejorar el trofismo de la piel; y se diseñó –me acuerdo de que la hermana de la paciente era modista– un corpiño con una especie de arnés en la espalda que permitía sostener el peso de la mama y trasladarlo al hombro; y eso ayudó a que llegara a las treinta y cuatro semanas; me acuerdo que rompió bolsa y ahí se hizo una cesárea. Después, redujeron muchísimo las mamas, y la paciente se volvió a Paraguay, que era su país, y no pudimos terminar la reconstrucción. Por ahí este dato sea útil.

Dr. Coló: Está presente el doctor Aguilera que es el Jefe del Servicio de Obstetricia del Hospital Penna.

Dr. Aguilera: Buenas tardes. Este caso nos pone bastante en alerta porque realmente, y para ser sinceros, no tenemos mucha experiencia en el manejo de esto. Siempre, cuando pasa una situación que complica la gestación, nos preguntamos en qué puede repercutir. La primera medida o el primer pensamiento es que puede producir un retardo de crecimiento, como bien lo dijo la doctora Hernández. Por suerte, por ahora no lo está evidenciando. El feto crece bien y el desafío más grande para nuestra especialidad es elegir el mejor momento del nacimiento y la vía del parto. Con respecto al mejor mo-

mento del nacimiento, al no tener experiencia, nosotros tratamos de llevar la gestación lo más posible hacia el término, pero se está haciendo bastante dificultoso en este caso debido a las connotaciones de discomfort. Ni siquiera el reposo es un momento confortable para la paciente por la disnea que tiene; tememos mucho la aparición de contracciones que, es más, las tuvo hace diez días. Así que el mejor momento del nacimiento también lo estamos evaluando y tampoco tenemos un motivo claro. Estoy expresando lo que estoy pensando: ¿por qué voy a terminar la gestación precozmente? Porque no tengo un motivo obstétrico claro para ello, y no sé si tengo un motivo mamario. Así que ese es el primer punto. En cuanto a la vía de terminación, creo que concordamos todos en que vamos a hacer una cesárea, porque no me parece adecuado someter a la paciente a una inducción de ocho horas de promedio, en una posición bastante limitante de decúbito; no lo va a tolerar. Así que tenemos bien decidido lo de la cesárea. Nuestra conducta fue continuar la gestación y no pensar en esas bibliografías, que había mencionado la doctora Hernández, en cuanto a una conducta quirúrgica sobre la mama durante la gestación, evaluado esto con el equipo de mama.

Dr. Coló: Ok, muchas gracias. El doctor Cassab está en contacto con un médico del interior que tiene una pregunta.

Dr. Cassab: No es una pregunta, es un comentario que hace María Belén González de Mendoza. Ellos tuvieron un caso muy similar, donde hicieron curaciones de piel por ulceraciones y así internaron a la paciente. A las 34 semanas, se interrumpió el embarazo por una disnea materna muy importante, muy severa. Y luego del puerperio se realizó tratamiento con bromocriptina. Le hicieron mastectomía bilateral y le colocaron prótesis.