



Avances en Biomedicina
ISSN: 2477-9369
ISSN: 2244-7881
avanbiomed.idic@gmail.com
Universidad de los Andes
Venezuela

Gigantomastia gestacional. Reporte de caso

Miranda Flores, Alan Francis

Gigantomastia gestacional. Reporte de caso

Avances en Biomedicina, vol. 6, núm. 2, 2017

Universidad de los Andes, Venezuela

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331355420010>

Gigantomastia gestacional. Reporte de caso

(Gestational gigantomastia. Case report)

Alan Francis Miranda Flores alanmiranda04@hotmail.com

Instituto Nacional Materno Perinatal, Perú

Resumen: La gigantomastia gestacional es una entidad poco frecuente, caracterizada por un crecimiento desmesurado del tejido mamario, de etiopatogenia desconocida que podría deberse a una estimulación hormonal excesiva o hipersensibilidad del órgano diana (mama). La mayoría de las pacientes requiere una reducción mamaria. Presentamos el caso de una mujer de 34 años con una gran gigantomastia bilateral desarrollada durante el embarazo.

Palabras clave: Gigantomastia, gestación.

Abstract: Gestational gigantism is a rare entity, characterized by an excessive growth of breast tissue, unknown etiopathogenesis that could be due to excessive hormonal stimulation or hypersensitivity of the target organ (breast). Most patients require breast reduction. We present the case of a 34-year-old woman with a large bilateral gynecomastia developed during pregnancy.

Keywords: Gigantomastia, gestation.

Avances en Biomedicina, vol. 6, núm. 2, 2017

Universidad de los Andes, Venezuela

Recepción: 07 Febrero 2017

Aprobación: 30 Mayo 2017

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331355420010>

Introducción

El aumento difuso en el tamaño de los senos durante la pubertad y el período de gestación es un evento fisiológico normal en las mujeres. Cuando el aumento del tejido mamario es anormalmente excesivo e incapacitante durante el embarazo, se denomina gigantomastia gestacional (1,2). Esta condición puede complicar con retraso del crecimiento fetal, parto pretérmino o sepsis materna (3).

La gigantomastia gestacional, macromastia o hiperplasia mamaria del embarazo, es una condición rara, de etiología desconocida, existen numerosas teorías pero ninguna es aceptada mayoritariamente. Muchos investigadores apoyan la teoría hormonal pero su mecanismo exacto es desconocido (3,4,5,6). La Teoría más aceptada es el resultado de una hipersensibilidad del órgano diana (mama) a valores hormonales normales. El tejido diana (epitelio ductal, estroma mamario) tiene receptores estrogénicos que responden de forma exagerada a mínimas concentraciones de hormonas esteroideas (estrógenos y progesterona), que son las responsables de regular el crecimiento mamario. Otros autores apuntan a una sobreproducción hormonal de gonadotrofina coriónica humana, lactógeno placentario, prolactina o estrógenos al inicio de la gestación (1,5)

Las principales manifestaciones clínicas están en relación al peso mamario. La paciente puede tener dolor mamario (mastalgia) y alteración en la estructura de soporte, a nivel de los hombros, cuello y tronco, lo que

conlleva problemas posturales y dolor a nivel del dorso y región lumbar. A veces se asocia con dificultad respiratoria y de la movilidad (1). El aumento masivo y progresivo del tamaño de los senos se acompaña de un adelgazamiento de la piel, que puede llevar a la necrosis con infecciones e incluso sangrado (5, 6).

El manejo va a depender de la severidad clínica de cada paciente. Se han documentado casos en los que la resolución es espontánea después del parto. En la mayoría de los casos la reducción mamaria mediante cirugía plástica ha sido el único tratamiento que ha proporcionado buenos resultados (1, 7). Se comunica el caso de una gestante con un rápido crecimiento mamario bilateral, a la que se tuvo que realizar una cesárea en la semana 34 de gestación.

Caso clínico

Mujer de 34 años, primípara, sin antecedentes familiares, con antecedentes personales de ectopia renal derecha y gigantomastia en su primera gestación con cesárea anterior, con 5 controles prenatales, grupo sanguíneo O, Rhesus +, virus de la inmunodeficiencia humana no reactivo, reagin plasmática rápida no reactivo, urocultivo negativo, hemoglobina de 9,5 g/dL ; con un embarazo de 30 semanas por FUR; acude por consultorio externo del Instituto Nacional Materno Perinatal por crecimiento excesivo de ambas mamas con mastalgia, desde los primeros meses del embarazo, además de dolor de espalda. Al examen físico se confirma el crecimiento excesivo de ambas mamas, presión arterial 110/60, altura uterina de 30 cm, latidos cardiacos fetales en 130 lt/min, feto en podálico izquierdo y movimientos fetales presentes, se le diagnostica gigantomastia gestacional (figura 1). Por tal motivo se hospitaliza para estudio del caso.

Durante su hospitalización la paciente cursa con mastalgia, problemas posturales y dolor de espalda. Al examen físico las mamas aumentadas de tamaño, dolorosas a la palpación, pezones umbilicados, no evidencia de secreción, ingurgitación venosa en la cara anterior del tórax, mama derecha con peso de 5 kilos y longitud de la base de la mama al pezón de 46 cm; y mama izquierda con peso de 5250 gramos y longitud de base de la mama al pezón de 46 cm, además se evidencia mama accesoria en región axilar izquierda, hiperpigmentada, sin pezón, de 10 cm de largo (figura 1). Se le da analgésico para el dolor y corticoide para maduración pulmonar fetal, además de sulfato ferroso para la anemia.

Se le realizaron los siguientes examen auxiliares: perfil de coagulación dentro de parámetros normales, glucosa 81 mg/dl, urea 23 mg/dl, creatinina 0,70 mg/dl, PCR 1,2 mg/l, plaquetas 181000 x mm³, prolactina 466,6 ng/ml la cual se encontró aumentada agregándose el diagnóstico de hiperprolactinemia.

La ecografía mamaria informa incremento de tejido fibroglandular con ectasia ductal bilateral, moderado edema en tejido celular subcutáneo y mama accesoria en región axilar izquierda. La ecografía renal confirma la ectopia renal derecha.

La ecografía obstétrica realizada en la unidad de medicina fetal informa gestación única activa de 32 semanas + 3 días, crecimiento fetal adecuado para la edad gestacional, líquido amniótico y doppler normales. Se le volvió a pedir un control de ecografía en una semana donde se encontró oligohidramnios con un ILA en 1,93 cm en relación a AINES, con doppler normal. Por lo que se suspendió el uso de AINES. La ecografía de control después de 10 días se encontró el líquido amniótico dentro de parámetros normales.



Figura 1.

Gigantomastia gestacional bilateral. Se observa la mama accesoria y la Ingurgitación venosa (flechas).

Durante los días de hospitalización la paciente refiere aumento de las molestias que le impide la movilización y la respiración. Se le realizó la cesárea y ligadura de trompas a las 34 semanas de gestación, teniendo como producto un recién nacido vivo, sexo femenino, peso de 2460 gr, talla 43 cm y apgar 8 al minuto y 9 a los 5 minutos.

Durante el puerperio se realizó inhibición de la lactancia materna con bromocriptina. La paciente no presentó ninguna complicación, siendo dada de alta a las 72 horas con tratamiento con bromocriptina. Paciente solo tuvo dos controles en consultorio externo donde refería mejora del cuadro clínico. Lamentablemente la paciente no continuó con los controles.

Discusión

La gigantomastia gestacional es una entidad poco frecuente, caracterizada por el aumento excesivo del tejido mamario durante el embarazo que, generalmente, se inicia durante las primeras semanas de embarazo (5). Se produce un crecimiento de las mamas, excesivo, que genera una condición discapacitante tanto física como psicológica para la gestante

(1). Puede ocurrir unilateralmente (4). En nuestro caso, se confirmó el crecimiento bilateral de las mamas, que se inicio en las primeras semanas de embarazo, además la paciente presentó una mama accesoria en región axilar izquierda.

El primer caso de gigantomastia gestacional fue publicado por Palmuth en 1648 (3). La mayor serie publicada hasta el momento fue en 1917, por Deaver y McFarland (3,4), que analizaron 240 casos de hipertrofia mamaria, de los cuales, sólo 29 eran una verdadera gigantomastia durante el embarazo (3, 5, 8). La incidencia es muy rara (3, 4, 5, 8, 9, 10).

La etiopatogenia es desconocida, la mayoría de los autores consideran que la causa es hormonal. Aunque se desconoce el mecanismo exacto, se piensa que puede deberse a una hiperproducción hormonal (prolactina, gonadotrofina coriónica humana, estrógenos, lactógeno placentario), o a una hipersensibilidad de los receptores ante niveles hormonales normales. También, se propone un aumento de los niveles de hormonas favorecido por un supuesto fallo en la metabolización hepática (1, 3, 4, 5). En nuestro caso la paciente presentó hiperprolactinemia, con valores séricos muy altos, semejante con el estudio de Dem y colaboradores (10)

La mayoría de las gigantomastias gestacionales se caracterizan por hiperplasia glandular y del estroma que rodea los acinos. Es evidente el notable edema y la dilatación de los espacios intralobulillares (3, 5). Estudios inmunohistoquímicos han demostrado un incremento de la sensibilidad de los receptores para la prolactina en estas pacientes (1,3).

Después de un primer evento de gigantomastia gestacional, el 93% de los embarazos subsecuentes también se verán afectados. Esta condición se puede presentar en cualquier embarazo, no necesariamente en el primero, pero una vez ya ocurrido el evento, su recurrencia es altamente probable (1,4,8). En nuestro caso la paciente ya tuvo gigantomastia en su primer embarazo y volvió a repetirse en esta gestación.

El peso mamario excesivo va a generar un daño anatómico rápido con mastalgia y alteración en la estructura de soporte a nivel de los hombros, cuello y tronco lo que conlleva problemas posturales y dolor a nivel del dorso y región lumbar. A veces se asocia con dificultad respiratoria y de la movilidad (1,6,9). Dichas manifestaciones se presentaron en el caso. La intensidad de los síntomas fue aumentando, motivo por el que se interrumpió la gestación a las 34 semanas.

El aumento masivo del tamaño de los senos se acompaña de un adelgazamiento de la piel, necrosis de tejido, infecciones e incluso sangrado, con riesgo de sepsis, pudiendo poner en peligro la vida tanto de la madre como feto (5,8,12). También presentan problemas emocionales, sociales y psicológicos, las cuales están relacionadas con la poca aceptación de la imagen corporal, abandono de la pareja e incluso crisis de depresión y ansiedad (1,4,8,12).

Existe gran controversia sobre el tratamiento de elección en estos casos. Las diferentes estrategias constan de: tratamiento hormonal, cirugía mamaria (reducción por mamoplastia o mastectomía simple) o combinar ambos tratamientos, esto último es la mejor estrategia a la luz de los resultados publicados (3,5). Se han documentado casos en los que la

resolución es espontánea después del parto, por lo que, el tipo de manejo depende de la severidad clínica específica de cada paciente (1).

El tratamiento hormonal más utilizado es la bromocriptina combinada o no con derivados de progesterona. La bromocriptina a dosis altas puede generar regresión del tejido mamario hiperplasiado durante el embarazo pero, no evita las posibles complicaciones como retraso de crecimiento fetal, por lo cual se administra después del parto, y se prolonga el tratamiento al menos 6 meses antes de contemplar la reducción quirúrgica (1,2,3,5). Además la bromocriptina puede continuar durante el periodo postparto para suprimir la lactancia (4). Dicho medicamento se utilizó en nuestra paciente para suprimir la lactancia materna.

El tratamiento más eficaz para la gigantomastia gestacional es la intervención quirúrgica, dado que la involución espontánea en el puerperio es impredecible y el tratamiento farmacológico no siempre es efectivo. Aunque sólo se realizará el tratamiento quirúrgico durante la gestación en caso de complicaciones que comprometan la vida de la paciente (hemorragia masiva, ulceración, sepsis y necrosis mamaria). A pesar de que la cirugía es el tratamiento más resolutivo, se han descrito algunos casos de recurrencia en gestaciones posteriores (1, 3, 4, 12, 13, 14, 15).

Conflictos de interés

El autor declara no tener ningún conflicto.

Referencias

1. Bolaños-Morera P. Gigantomastia gestacional. Rev Med Cos Cen. 2016; 73: 199-203. [Google Scholar]
2. Antevski B, Jovkovski O, Filipovski V, Banev S. Extreme gigantomastia in pregnancy: case report-my experience with two cases in last 5 years. Arch Gynecol Obstet. 2011;2 84: 575-8. [PubMed] [Google Scholar]
3. Nuñez C, Bataller-Calatayud A, Acien MI, Ruiz E, Santoyo T, Acien P. Gigantomastia durante el embarazo. Prog Obstet Ginecol 2012; 55: 31-3. [Google Scholar]
4. Rezai S, Nakagawa JT, Tedesco J, Chadee A, Gottimukkala S, Mercado R, Henderson CE. Gestational Gigantomastia Complicating Pregnancy: A Case Report and Review of the Literature. Case Rep Obstet Gynecol. 2015; 2015: 892369. [PubMed] [Google Scholar]
5. Corraliza Galán V, Serrano Antón A, Ortega Abad V, López Galián J, Aguarón de la Cruz A. Gigantomastia durante el embarazo. Prog Obstet Ginecol 2006;49:532-6. [Google Scholar]
6. Romero-Pérez IM, Salazar D, Monterrosa- Castro A.. Macromastia Gestacional: Entidad poco frecuente. Rev Col Obstet Ginecol. 2007; 58: 249-53. [Google Scholar]
7. Castillo R, Navarrete A, Castillo G. Gigantomastia gestacional. Rev Invest Cien Sal 2014; 9: 62-6. [Google Scholar]

8. Ezem BU, Osuagwu CC, Opara KA. Gestational gigantomastia with complete resolution in a Nigerian woman. BMJ Case Rep. 2011; pii:bcr0120102632. [PubMed] [Google Scholar]
9. da Silva MR, Santos dos Reis A, Lima Gonçalves-Filho JA. Gigantomastia gestacional: relato de caso e revisão bibliográfica. Rev bras med fam comunidade. 2011; 6: 199-202. [Google Scholar]
10. Begum A, Iqbal K, Kyani K. A rare case of recurrent gestational gigantomastia with complete resolution after delivery. J Soc Obst Gynaecol Pakistan. 2015; 5: 51-4. [Google Scholar]
11. Dem A, Wone H, Faye ME, Dangou JM, Touré P. Bilateral gestational macromastia: case report. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2009; 38: 254-7. [PubMed] [Google Scholar]
12. Eler Dos Reis P, Blunck Santos NQ, Barbosa Pagio FA, Chambô F, Chambô D, Chambô Filho A. Management and follow-up of a case of gestational gigantomastia in a brazilian hospital. Case Rep Obstet Gynecol. 2014;2014:610363. [PubMed] [Google Scholar]
13. Ibrahim A, Enesi P, Abur P, Oguntayo A, Garba E. Bilateral gestational gigantomastia complicated by severe sepsis; case report of a preventable mortality. Niger J Surg Res 2013; 15: 29-32. [Google Scholar]
14. Lapid O. Breast reconstruction after mastectomy for gestational gigantomastia. Aesthetic Plast Surg. 2013; 37: 388-91. [PubMed] [Google Scholar]
15. Swelstad MR, Swelstad BB, Rao VK, Gutowski KA. Management of gestational gigantomastia. Plast Reconstr Surg. 2006;118: 840-8. [PubMed] [Google Scholar]

Notas de autor

Autor de correspondencia: Dr. Alan Francis Miranda Flores. Servicio de Obstetricia D, INMP, Jr. Miroquesada 941 -Cercado de Lima-Perú. Telefono: 3281012 Anexos: 1391 E-mail: alanmiranda04@hotmail.com

Información adicional

Como citar este artículo: Miranda- Flores AF. Gigantomastia gestacional. Reporte de caso. Avan Biomed 2017; 6: 159-63.

PII: S2477-9369(16)06022-C