



CASO CLÍNICO

doi: 10.35366/120838



Tratamiento oncoplástico del fibroadenoma mamario gigante

Oncoplastic treatment of giant breast fibroadenoma

Dr. Juan Ramón Ramírez-Martínez,*,‡ Dr. Yosvani Reynaldo Reyes-Ochoa,*,§
Dr. Daniel Alberto Cruz-Galbán,*,¶ Dra. Samira Pacheco-Neyra*,||

Palabras clave:

tumor benigno,
fibroadenoma,
fibroadenoma gigante,
cirugía oncoplástica

Keywords:
benign tumor;
fibroadenoma, giant
fibroadenoma,
oncoplastic surgery

* Departamento de Cirugía Plástica. Hospital General Universitario «Vladimir Ilich Lenin». Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. Holguín, Cuba.

‡ Especialista de segundo grado en Cirugía Plástica y Caumatología. Máster en Urgencias Médicas. Profesor auxiliar.

ORCID:
0000-0002-9436-5865

§ Especialista de segundo grado en Cirugía Plástica y Caumatología. Máster en Urgencias Médicas. Profesor auxiliar.

ORCID:
0009-0003-3664-9223

¶ Especialista de primer grado en Cirugía Plástica y Caumatología. ORCID:
0009-0009-9078-8148

|| Residente de Cirugía Plástica y Caumatología. ORCID:
0009-0008-2524-0031

RESUMEN

El fibroadenoma mamario, un tumor mixto de tejido mamario fibroso y glandular, es el tumor mamario benigno más frecuente. Se denomina «gigante» cuando mide más de 5 cm y pesa más de 500 g. La cirugía oncoplástica abarca un conjunto de técnicas que mejoran la conservación mamaria. Este trabajo demuestra la viabilidad de las técnicas de cirugía oncoplástica en la extirpación de grandes tumores benignos para lograr la simetría mamaria. Presentamos el caso de una mujer afroamericana de 21 años con un fibroadenoma gigante en la mama izquierda de más de dos años de evolución. Concluimos que las técnicas de cirugía oncoplástica son herramientas esenciales en el tratamiento quirúrgico de grandes tumores mamarios benignos.

ABSTRACT

Breast fibroadenoma, a mixed tumor of fibrous and glandular breast tissue, is the most common benign breast tumor. It is called «giant» when it measures more than 5 cm and weighs more than 500 g. Oncoplastic surgery encompasses a set of techniques that improve breast conservation. This work demonstrates the feasibility of oncoplastic surgery techniques in the excision of large benign tumors to achieve breast symmetry. We present the case of a 21-year-old African American woman with a giant left breast fibroadenoma of more than two years evolution. We conclude that oncoplastic surgery techniques are essential tools in the surgical treatment of large benign breast tumors.

INTRODUCCIÓN

El fibroadenoma es la segunda neoplasia más común de la glándula mamaria; se trata de un tumor mixto derivado de tejidos fibrosos y epitelios glandulares de la mama. Es la enfermedad mamaria benigna más frecuente en mujeres menores de 35 años y sólo una cuarta parte de los casos son sintomáticos.¹⁻³

Un fibroadenoma se denomina «gigante» cuando mide más de 5 cm, pesa más de 500 g o reemplaza más del 80% de la mama. Los fibroadenomas gigantes son raros

y representan menos del 4% de todos los fibroadenomas.⁴⁻⁶

La resección de fibroadenomas juveniles gigantes constituye tanto un enfoque diagnóstico como terapéutico. Se han descrito diversas técnicas de extirpación quirúrgica para optimizar la estética y minimizar la distorsión.⁷ Los fibroadenomas gigantes son poco comunes y representan del 0.5 al 2%. El tratamiento de un tumor de mama benigno de tamaño pequeño a mediano es la escisión y las asimetrías menores se corregirán mediante la retracción espontánea de la piel, pero cuando hay una pérdida de vo-

Citar como: Ramírez-Martínez JR, Reyes-Ochoa YR, Cruz-Galbán DA, Pacheco-Neyra S. Tratamiento oncoplástico del fibroadenoma mamario gigante. Cir Plast. 2025; 35 (2): 62-66. <https://dx.doi.org/10.35366/120838>



Recibido: 14 enero 2025

Aceptado: 20 marzo 2025

lumen de 20 a 50%, se necesita remodelación para restaurar la simetría.⁸

Los objetivos de la reconstrucción quirúrgica de los fibroadenomas gigantes con asimetría deben ser: lograr el mismo tamaño de las mamas, reposicionar el complejo areola-pezón y corregir la asimetría con cicatrices mínimas en una etapa.⁹

El manejo de tumores benignos de la mama requiere la eliminación de la patología con restauración de la forma y función. Casos previos dan la pauta para la aplicación exitosa de la cirugía oncoplástica en el tratamiento de tumores mamarios benignos que se presentan como macromastia unilateral y producen resultados duraderos.⁸

Con la presentación de este caso nos proponemos como objetivo mostrar la viabilidad de realizar técnicas de cirugía oncoplástica en la exéresis de tumores benignos de gran tamaño para lograr la armonía de ambas mamas.

CASO CLÍNICO

Mujer de 21 años, de raza negra, con antecedentes patológicos personales de salud y de llevar seguimiento por la consulta de mastología hace dos años por presentar tumor en la mama izquierda. Se remitió a consulta de cirugía plástica para su valoración y posibilidad de tratamiento.

Al examen físico: asimetría de mama por marcado aumento de volumen de la mama izquierda, en la cual se palpaba lesión tumoral de alrededor de 10 cm, de consistencia blanda

y bordes bien delimitados, no dolorosa. Se identificó otra lesión tumoral a nivel de la unión de los cuadrantes superiores, más pequeña, de aproximadamente 2 cm, de iguales características, sin otras alteraciones. No se palpaban adenopatías axilares.

Los estudios complementarios realizados, incluyendo laboratorio clínico, mostraron resultados dentro de la normalidad; el ultrasonido de mamas del 07 de enero de 2021 informó lesión nodular en la unión del cuadrante externo próximo a la areola, de 12×7 mm característico de fibroadenoma, y en cuadrante inferointerno de contornos bien definidos, de 42×11 mm, que evoca lipoma o fibroadenoma BIRADS II. El 05 de abril de 2024 se informó tejido mamario fibroglandular en mama izquierda; en la unión de cuadrantes superiores imagen nodular de baja ecogenicidad heterogénea lobulada de contornos bien delimitados, de 18×24 mm, hacia el cuadrante inferointerno se observó imagen de baja ecogenicidad heterogénea de contornos bien delimitados, que medía 183×39 mm, que evoca tejido graso, sin adenopatías axilares, BIRADS II. Con todos estos resultados se decidió planificar la cirugía.

Marcaje preoperatorio

Paciente en bipedestación, se procedió a marcar el área que ocupaba el tumor en el polo inferior mamario, luego se hicieron mediciones. Ambos complejos areola-pezón estaban a la misma distancia de la horquilla esternal (19.5 cm), por lo que se procedió a realizar

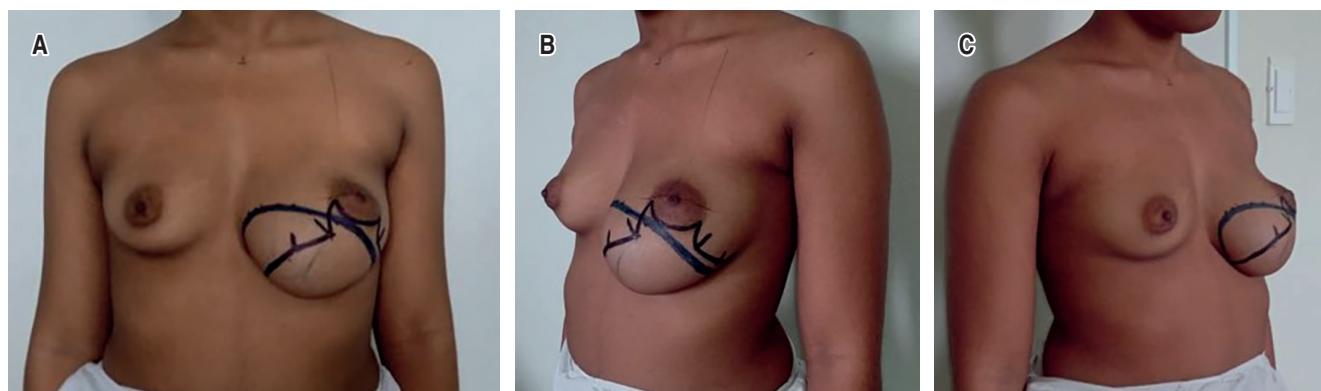


Figura 1: Marcaje preoperatorio. **A)** Vista frontal. **B)** Vista lateral izquierda. **C)** Vista lateral derecha.



Figura 2: Transoperatorio, desepitelización y exposición del tumor.

un marcaje que no movilizara el complejo areola-pezón, utilizando el patrón de Wise para un cierre en T invertida (*Figura 1*); no se diseñó pedículo.

Técnica quirúrgica

Bajo anestesia local infiltrativa de toda la piel y tejido celular subcutáneo, así como infiltración por debajo de la lesión tumoral de más del 70% de la base mamaria, se procedió a realizar incisiones de piel en el área marcada, se desepitelizó el área y se procedió a abrir verticalmente la dermis y el tejido celular subcutáneo hasta localizar la lesión tumoral (*Figuras 2 a 4*). Se continuó con disección roma y tijeras a resecar completamente el tumor. Se remodeló la mama con colgajos dermográcos del área desepitelizada, fijando los colgajos al polo superior por debajo del complejo areola-pezón y hacia la línea media, evitando dejar espacios muertos, finalmente se cerró por planos hasta la piel. Se realizó exéresis del tumor en la unión de los cuadrantes superiores. Terminada la cirugía, se colocó vendaje compresivo. Se marcaron los bordes de ambas lesiones para su envío al departamento de anatomía patológica.

RESULTADOS

El seguimiento de la paciente se dio por consulta externa, con citas cada semana, con evolución favorable. Se retiraron los puntos a los 14 días del postoperatorio (*Figura 5*). No se presentó ninguna complicación. A los 21 días

se recibió el reporte de anatomía patológica en el que se informó que el aspecto histológico correspondía a fibroadenoma juvenil gigante múltiple. Tamaño del tumor $12 \times 11 \times 5$ cm y $3.5 \times 2.5 \times 1$ cm, respectivamente.

DISCUSIÓN

Los fibroadenomas que normalmente miden más de 5 cm o pesan más de 200 a 500 g se denominan «fibroadenomas gigantes» y se observan comúnmente en adultos jóvenes.¹⁰ Estos son una entidad clínica poco común, y su diagnóstico y extirpación quirúrgica exitosa son posibles en entornos de bajos recursos.⁴

Los fibroadenomas se encuentran entre los tumores benignos más comunes en las mujeres. La escisión de un fibroadenoma puede causar



Figura 3: Enucleación del tumor.



Figura 4: Tumor completamente resecado.

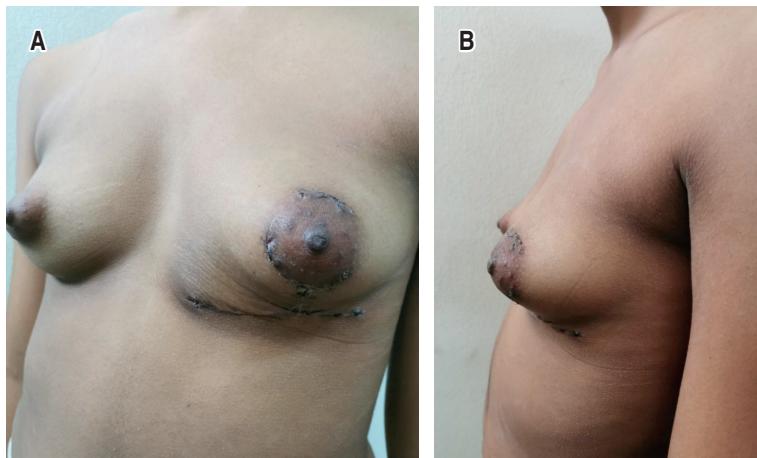


Figura 5: Postoperatorio de 14 días. **A)** Vista frontal. **B)** Vista lateral.

un gran déficit de tejido mamario y provocar una deformidad mamaria.¹¹ Aunque la escisión es el tratamiento estándar de fibroadenomas gigantes, el alcance de la cirugía es algo controvertido y varía desde una biopsia por escisión hasta una mamoplastia de reducción o incluso una mastectomía subcutánea.¹²

Desde 1998, se comenzó a popularizar el concepto de una cirugía específica para cada mama y para cada tumor. La cirugía oncoplástica engloba un conjunto de técnicas que permiten mejorar la conservación mamaria. Desde el punto de vista estético, mejoran la remodelación mamaria y la simetría respecto al órgano contralateral. Los patrones oncoplásticos pueden aplicarse a cualquier patología mamaria, ya sea benigna o maligna.¹³

Las técnicas oncoplásticas proporcionan un mejor resultado cosmético que la tumorectomía estándar y, por tanto, mejoran la satisfacción y la calidad de vida de las pacientes.¹⁴

CONCLUSIÓN

El fibroadenoma gigante, aunque es poco frecuente, siempre representa un reto para los cirujanos plásticos. La cirugía oncoplástica, aunque surge para la resección de tumores malignos, constituye una herramienta de gran importancia en la remodelación mamaria luego de resección de grandes tumores benignos, con los beneficios que ésta reporta en la calidad de vida de las pacientes.

REFERENCIAS

1. Lombardi W, Borges Lombardi L, Marcinkevicius JA, Paro Polizelli A, Lopes Matara Borges B, Alves Caserta A. Carcinoma ductal in situ mamario asociado a fibroadenoma en una paciente de 18 años. *Braz J Health Rev* [Internet] 2024; 7 (2): 1-8. Disponible en: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/67949>
2. Vintimilla Pogo YE, Bermejo Álvarez AM, Sanmartín Cabrera DG, Jerves Coello M, Ugalde Vázquez D, Schuldt Cruz ML. Estudio transversal: fibroadenomas de mama tratados mediante abordaje quirúrgico en el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. *Rev Med HJCA* [Internet] 2023; 15 (2): 65-69. Disponible en: <https://revistamedicahjca.iess.gob.ec/ojs2/index.php/HJCA2/article/view/45/95>
3. Lu JY, Zhang GL, Lin XJ, Chen DR, Zheng ZF, Chen Y et al. Clinical study on single-port endoscopic resection via a gasless transaxillary approach in the treatment of breast fibroadenoma in adolescents. *BMC Surg* [Internet] 2023; 23 (1): 279. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10503113/>
4. Kabuyaya MK, Mutombo FL, Moseka FM, Kihemba K, Wetzig N, Lussy JP. A giant fibroadenoma in a mature woman: diagnosis and treatment in a limited resource environment (a case report). *Pan Afr Med J* [Internet] 2021; 38: 19. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8488286/>
5. Eleftheriades A, Tsarna E, Toutoudaki K, Paschalidou E, Christopoulos N, Georgopoulos I et al. Giant juvenile fibroadenoma: case report and review of the literature. *J Clin Med* [Internet] 2023; 12: 1855. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10003210/>
6. Cáceres Fonseca DA, Ochoa Vásquez JL, Laverde Ortiz RJ, Villavicencio Haro KG, Auqui Carangui DA. Fibroadenoma gigante de mama: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Salud Cienc Tecol* [Internet] 2022; 2: 87. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=109331>
7. Wang T, Zhu L. Mammotome-assisted removal with minimal incision of large juvenile fibroadenoma of breast: A case report. *Medicine* [Internet] 2020; 10: e19442. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7478663/>
8. Malathi L. Oncoplastic approach to giant benign breast tumors presenting as unilateral macromastia. *Indian J Plast Surg* [Internet] 2020; 53: 439-441. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7775223/>
9. Jena S, Sinha NK. Use of lateral oncoplasty for multiquadrant giant fibroadenoma: a novel approach. *Cureus* [Internet]. 2021; 13 (5): e15090. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8210705/>
10. Bhargava A, Khan IA, Tote D, Zade A, Manek YB. A unique presentation of a giant fibroadenoma in a perimenopausal female. *Cureus* [Internet]. 2024; 16 (5): e60189. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11167588/>
11. Kitazawa M, Futamura M, Tokumaru Y, Kohyama K, Nakakami A, Yoshida K. Breast reconstruction

- using a tissue expander after enucleation of a giant fibroadenoma: a case report. *Int J Surg Case Rep* [Internet]. 2022; 90: 106723. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8741496/>
12. Hiller A, Lee TJ, Henderson J, Ajkay N, Wilhelmi BJ. Oncoplastic reduction pattern technique following removal of giant fibroadenoma. *Eplasty* 2018; 18: 28-34. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5795409/>
13. Pareja López A, García Redondo M, Rodríguez Alonso JM, Reina Duarte AJ. Cirugía oncoplástica. ¿Cómo lo hago? Elección y diseño del patrón. *Cir Andal* [Internet] 2021; 33 (2): 125-133. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8962346>
14. Acea Nebril B, García Novoa A, Díaz Carballada C, Bouzón Alejandro A, Conde C. Complicaciones en las cirugías oncoplásticas de la mama. *Rev Senol Patol Mam* [Internet]. 2021; 32: 541-548. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0214158221000979>

Financiamiento: los autores declaran no haber recibido financiamiento.

Conflicto de intereses: los autores refieren no tener conflicto de intereses.

Correspondencia:

Dr. Juan Ramón Ramírez-Martínez
E-mail: ramirez.martinezdr@gmail.com