

GINECO-OBSTETRICIA

GIGANTOMASTIA GESTACIONAL

Pamela Bolaños Morera*

SUMMARY

Gestational gigantomastia is an uncommon breast disorder that result in a massive enlargement of breast. This phenomenon could become a nightmare for the pregnant women because of the physical, anatomic and psychological implications, that makes this pathology a real emergency that requires a close follow up because it affects the mother's and fetus's lives.

INTRODUCCIÓN

El aumento difuso en el tamaño de los pechos durante la pubertad y el período de gestación es un evento fisiológico normal en las

mujeres. No obstante, cuando el aumento del tejido mamario se vuelve anormalmente excesivo e incapacitante durante el embarazo, se denomina gigantomastia gestacional y puede llegar a generar efectos perjudiciales tanto en el feto como en la madre.^{1,2,3,6,8,9} La gigantomastia gestacional, macromastia o hiperplasia mamaria del embarazo, es una condición rara, definida como el aumento excesivo y doloroso en la talla mamaria durante el embarazo, el cual requiere de una reducción quirúrgica mayor a 1500 gramos (0.8 - 2Kg) de tejido en cada pecho lo que resulta en una condición

discapacitante tanto física como psicológicamente.^{3,4,5} Las glándulas mamarias son de vital importancia para el recién nacido, la lactancia materna es esencial en el desarrollo del neonato y le confiere múltiples ventajas, incluyendo una disminución de la mortalidad y un mejor desarrollo neurológico. El crecimiento anómalo de las mismas interfiere de manera directa en el proceso de la lactancia e inevitablemente dificultará esta vital conexión entre el niño y su madre.³

EPIDEMIOLOGÍA

La gigantomastia gestacional

* Médico General. Universidad de Costa Rica.

fue descrita por primera vez en 1648 y desde ese momento se han reportado menos de cien casos en la literatura. Se cree que su prevalencia es de un caso por cada 100000 embarazos.^{6,8,9,10}

ETIOLOGÍA

Su etiología aún no está claramente dilucidada, sin embargo, la gigantomastia en general se puede clasificar de la siguiente manera:

- Juvenil o virginal: cuando se genera en el período de la pubertad por un factor hormonal.
- Gravídica o gestacional: cuando su causa está directamente relacionada con el embarazo y sus cambios hormonales subyacentes.
- Inducida por drogas: la cual se puede atribuir al uso de diferentes fármacos como la penicilamina o la ciclosporina.
- Idiopática: cuando no se conoce la causa que la desencadena.^{6,8,9}

FACTORES DE RIESGO

La gigantomastia gestacional ocurre comúnmente en mujeres multíparas y caucásicas. La edad materna o el género del feto no juegan un rol importante en su desarrollo y los riesgos paternos aún no han sido identificados.⁷

Lo que si se ha determinado es que 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.^{2,3,7}

FISIOPATOLOGÍA

Las glándulas mamarias están compuestas por tres tipos de tejidos principales: la grasa, el estroma y el tejido glandular, los cuales se organizan dentro de la mama alrededor de los alveolos y los lobulillos. En cada ciclo menstrual, el estroma lobular es sometido a una hipertrofia cíclica, con la consecuente acumulación de líquido intralobulillar. Durante el embarazo, la hiperplasia de tejido glandular es más evidente y busca una mayor capacidad de producción de leche. Estos cambios anatomofisiológicos están mediados por interacciones hormonales complejas, donde la prolactina, el estrógeno y la progesterona, son las tres hormonas principales encargadas de regular la fisiología mamaria y su dinámica durante el ciclo menstrual y gestacional.^{3,7} La fisiopatología de esta enfermedad es desconocida, por lo que se proponen diferentes teorías que

tratan de explicar el padecimiento. Se cree que existe aumento de la sensibilidad de los receptores a nivel del tejido glandular a los niveles normales de hormonas circulantes durante el embarazo, o incluso un exceso de hormonas circulantes debido a una sobreproducción de estrógeno, gonadotrofina coriónica humana, lactógeno placentario y prolactina. El incremento de estrógeno esperable en el período de gestación puede actuar como el gatillo desencadenante de esta entidad.^{1,2,3,5,6,9} Esta teoría se justifica por el hecho de que el incremento exagerado del volumen mamario ocurre comúnmente al final del primer trimestre del embarazo, lo cual coincide con el pico de la producción de gonadotrofina coriónica humana, lo cual refuerza la hipótesis de que el problema está generado por un desencadenante hormonal.⁹

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Esta condición puede causar manifestaciones clínicas significativas, el peso mamario se vuelve tan importante que genera un daño anatómico rápido con mastalgia y alteración en la estructura de soporte a nivel de los hombros, el cuello y el tronco lo que conlleva problemas posturales y dolor a nivel

del dorso y la región lumbar. Además, se asocia con dificultad respiratoria y del movimiento.^{1,6,9} No se pueden dejar de lado los problemas emocionales, sociales y psicológicos que se desencadenan, los cuales están relacionados con la poca aceptación de la imagen corporal, el abandono de la pareja, los trastornos de comportamiento e incluso las crisis de depresión y ansiedad. Lastimosamente, los problemas psicológicos se presentan incluso después de su resolución, ya que el resultado de los procedimientos quirúrgicos existentes para corregir el problema también son difíciles de procesar.^{1,3} El aumento masivo del tamaño de los pechos se acompaña de un adelgazamiento de la piel, necrosis de tejido, infecciones e incluso sangrado.^{3,9}

DIAGNÓSTICO

A pesar de que el diagnóstico es meramente clínico, siempre se debe realizar una valoración completa de la paciente la cual debe iniciar por una adecuada historia clínica y examen físico, aunada a exámenes de base como un hemoleucograma, electrolitos, pruebas de función hepática, perfiles hormonales y una evaluación reumatológica detallada en busca de descartar posibles diagnósticos diferenciales.⁷ Algunos autores

sugieren que la cantidad de tejido extraída en un procedimiento quirúrgico correctivo de la patología es el principal indicador de la definición del proceso anómalo. Esto conllevaría la desventaja de que el diagnóstico sería retrospectivo.³ Aunque la mayoría de las veces se trata de una entidad benigna, la gigantomastia puede ser la representación de una patología maligna subyacente, es por esta razón que estudios complementarios como la biopsia y la resonancia magnética son necesarios para llegar al diagnóstico correcto y escoger el manejo más adecuado.⁵ La examinación microscópica del tejido mamario en pacientes con este tipo de patología suele mostrar una hiperplasia glandular, con crecimiento excesivo de tejido conectivo, proliferación ductal con ductos dilatados, fibrosis periductal sobreagregada y edema intersticial; incluso se pueden observar focos con aumento de grasa en el tejido conectivo y formación quística. Este tipo de cambios son consistentes con los cambios normales esperables en una mama durante el embarazo, los cuales se producen de manera exagerada en la gigantomastia gestacional. Además, es posible encontrar adenosis, un número aumentado de unidades acinares por lóbulo, fibroadenomas e incluso tumores estromales hormonalmente sensibles. En el

caso de la inmunohistoquímica, la expresión de receptores de estrógenos y progesterona suele ser positiva en más del 50% de las células epiteliales.^{3,5,6,7,9}

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Existen gran cantidad de diagnósticos diferenciales, dentro de los cuales cabe resaltar aquellos de mayor cuidado, entre los cuales sobresale el tumor filoides, el fibroadenoma, el linfoma no Hodgkin y linfoma linfoblástico. Por otro lado, la glándula mamaria es un blanco potencial en algunos desordenes autoinmunes como la miastenia gravis o la mastitis lúpica en lupus eritematoso sistémico o lupus discoideo.^{3,5,6}

MANEJO

Puede ser tanto conservador, como médico o intervencionista mediante un procedimiento quirúrgico. Se han documentado casos en los que la resolución es espontánea después del parto, por lo que la escogencia del manejo depende de la severidad clínica específica de cada paciente.^{3,9} Con el advenimiento de los agonistas de receptores dopaminérgicos las formas de manejo menos agresivas se empezaron a adoptar, independientemente de el momento en que se deba

empezar el tratamiento y a pesar de que estos medicamentos no minimizan las complicaciones locales como ulceraciones o necrosis, el uso de bromocriptina y cabergolina como inhibidores de la secreción de la prolactina está descrito.^{7,9,10} Dentro del tratamiento médico también se incluyen medicamentos como tamoxifeno, testosterona, dihidrogestrona, hidrocortisona como reductor temporal de la hinchazón, diuréticos y acetato de medroxiprogesterona. La bromocriptina es el medicamento de elección ya que se ha visto que puede colaborar en la disminución del tamaño, pero ninguno de ellos es tan eficaz como el manejo quirúrgico.^{3,5,7} Cuando se presentan complicaciones como falla cardíaca, hemorragia masiva, ulceración, necrosis tisular o una enorme dimensión de la talla de los senos, es necesario acudir a un manejo quirúrgico. Dentro de las opciones se encuentra la mastectomía con reconstrucción mamaria y utilización de implantes en la cual se remueve toda la glándula mamaria y se protege a la paciente en sus futuros embarazos; o la mamoplastia reductiva en la cual la dificultad del procedimiento y el riesgo de recurrencia es mayor. Generalmente se necesitan aproximadamente tres cirugías para lograr una reconstrucción mamaria con

un intervalo de 6 meses entre cada procedimiento.^{2,3,9} Es imprescindible la necesidad de tratar los síntomas de la paciente, en cuyo caso una cobertura analgésica es primordial. A su vez, en caso de asociar infecciones a nivel local por el daño tóxico, también es importante tomar en cuenta las terapias antibióticas o antimicrobianas.⁹

CONCLUSIÓN

Pese a que se trata de un hallazgo poco común, la clínica de esta patología es llamativa y deja en evidencia la importancia de conocer su existencia, fisiopatología y adecuado manejo, el cual en la mayoría de los casos terminará siendo un abordaje sintomático y finalmente quirúrgico. Esta patología debe ser tratada interdisciplinariamente ya que se debe velar por el bienestar físico, psicológico y social de la paciente.

RESUMEN

La gigantomastia gestacional es una alteración mamaria poco frecuente que trae consigo el aumento desmedido del tamaño de los senos. Este fenómeno puede convertirse en una pesadilla para las mujeres embarazadas ya que sus implicaciones físicas, anatómicas y psicológicas lo convierten en una emergencia

que amerita una vigilancia médica cercana de la paciente y un manejo oportuno, tomando en cuenta que sus complicaciones afectarán tanto la vida de la madre como la del feto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agbenorku, P., Agamah, G., Agbenorku, M., & Obeng, M. (2012). Reduction Mammoplasty in a Developing Country: A Guideline for Plastic Surgeons for Patient Selection. *Aesthetic Plastic Surgery Journal*, 36, 91-96.
2. Antevski, B., Jovkovski, O., Filipovski, V., & Banev, S. (2011). Extreme gigantomastia in pregnancy: case report. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 284, 575-578.
3. Ezem, B., Osuagwu, C., & Opara, K. (2011). Gestational gigantomastia with complete resolution in a Nigerian woman. *BMJ Case Reports*, 1-5.
4. DeGeorge, B., Colen, D., Mericli, A., & Drake, D. (2013). Reduction Mammoplasty Operative Techniques for Improved Outcomes in the Treatment of Gigantomastia. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 13, 466-476.
5. Hojman, J. (2015). Gestational Gigantomastia in Autoimmune Diseases. *Journal of Clinical Rheumatology*, 21 (2), 110-112.
6. Min Jeng, C., Jung-Hyun, Y., Hyeon-Gon, C., Wan Seop, K., Yeong-Beom, Y., & Kyoung Sik, P. (2015). An idiopathic gigantomastia. *Annals of Surgical Treatment and Research*, 88 (3), 166-169.
7. Swelstad, M., Swelstad, B., & K., G. (2006). Management of Gestational Gigantomastia. *Plastic and Reconstructive Surgery Journal*,

- 118 (4), 840-848.
8. Shoma, A. et al. (2011). Gestational Gigantomastia: A Review Article and Case Presentation of a New Surgical Management Option. *Surgical Innovation* , 18 (1), 94-101.
9. Reis, P., Blunck, N., Barbosa, F., Chambo, F., Chambo, D., & Chambo, A. (2014). Management and Follow-Up of a Case of Gestational Gigantomastia in a Brazilian Hospital. *Case Reports in Obstetrics and Gynecology* , 1-3.
10. Traoré, B., Kamate, B., Conde, M., Keita, A., Kourouma, T., & Dem, A. (2015). An exceptional case of bilateral gestational gigantomastia with multiple breast lumps. *Pan African Medical Journal*