

CP-54 TÍTULO: FIBROADENOMA GIGANTE DE LA ADOLESCENCIA. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

AUTOR/ES: Flores Rodríguez Erene, De Castro Gonzalo, Sobrino Constantino, Díaz Pablo, Pérez Lucinda, Alvarez Helena, Freiría Miguel, Gil Pedro

INSTITUCIÓN: Hospital Xeral - Cíes

INTRODUCCIÓN

El fibroadenoma es el tumor de mama más común entre nódulos benignos en adolescentes y mujeres desde la pubertad hasta la edad de 30 años, siendo considerado como el 67% al 94% de la patología adolescente de mama.

El fibroadenoma gigante juvenil (FGJ) es una variante rara de fibroadenoma y constituye el 2 % al 10 % de todos los fibroadenomas de mama. A causa de su rápido crecimiento, el FGJ tiene habitualmente un tamaño considerable en el momento del diagnóstico. Presentamos el caso de una paciente adolescente intervenida quirúrgicamente en nuestro servicio. Con este motivo realizamos una revisión bibliográfica sobre la presentación clínica y manejo de esta entidad.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 14 años sin antecedentes de importancia, remitida a nuestra consulta por presentar, aumento de volumen en mama izquierda de rápido crecimiento (2 meses). Al examen físico se evidencia una tumoración que ocupa el cuadrante superoexterno de la mama izquierda. En la ecografía mamaria se evidencia en cuadrante supero externo de mama izquierda un nódulo heterogéneo de aproximadamente 5,4 x 3cm. de diámetro máximo. Se realiza biopsia por aguja gruesa guiada por ecografía: lesión fibroepitelial de rasgos concordantes con fibroadenoma juvenil. A través de una incisión en el surco submamario (vía de Gaillard-Thomas) se realiza la exéresis del tumor. Macroscópicamente la pieza pesa 128g. y presenta unas dimensiones máximas de 10 x 6,3 x 4,8cm. El diagnóstico anatomopatológico definitivo: Fibroadenoma celular o juvenil. El curso postoperatorio fue favorable, con desaparición de los síntomas locales inflamatorios y recuperación progresiva de la simetría mamaria.

DISCUSIÓN

El FGJ es una condición que se presenta predominantemente en los primeros 5 años después de la menarquia, por lo que se cree que en su etiología interviene una respuesta anormal a los estrógenos. El tamaño del FGJ es, por definición, superior a 5 cm. Generalmente tienen un crecimiento rápido (a veces dobla el tamaño en 2 - 6 meses), motivo por el cual preocupa al clínico por su confusión con entidades más agresivas. Son por lo general unilaterales (90 %), indoloros y las masas con frecuencia ocurren en el cuadrante superior externo.

Como método de imagen la ecografía suele ser suficiente para su caracterización morfológica y guiar la toma de biopsias. La anatomía patológica hará el diagnóstico definitivo, pudiendo existir un gran espectro de cambios en ambos componentes (epitelial y conectivo). Dentro del diagnóstico diferencial se deben considerar: lipoma, hamartoma, enfermedad fibroquística, hipertrofia virginal, y los tumores phyllodes que pueden tener en ocasiones un comportamiento más agresivo. La exéresis quirúrgica es el tratamiento de elección. El abordaje a través de una incisión en el surco submamario proporciona un excelente resultado cosmético, mínimo daño al tejido ductal mamario, y permite el desarrollo posterior del parénquima restante. No suelen describirse recidivas.