

**HOSPITAL CLÍNICO QUIRÚRGICO “HERMANOS AMEIJERAS”
Departamento de Cirugía Plástica y Caumatología**

Título: GIGANTOMASTIA GESTACIONAL: PRESENTACIÓN DE CASO

GESTACIONAL GIGANTOMASTIA: A CASE REPORT

Autores:

- 1 Dra. Alicia María Tamayo Carbón, médico especialista de II grado en Cirugía Plástica y Caumatología, profesor asistente e investigador auxiliar, jefe de servicio Cirugía Plástica y Quemados, Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. Correo electrónico: aliciatc@infomed.sld.cu ORCID 0000-0002-5006-266X
- 2 Dra. María Isabel Vargas Méndez residente de segundo año de Cirugía Plástica y Caumatología Hospital clínico quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”, correo electrónico: dravargasmendez@gmail.com ORCID [0000-0002-8520-8542](https://orcid.org/0000-0002-8520-8542)
- 3 Dra. Diana Katherine Cuastumal Figueroa, residente de primer año de Cirugía Plástica y Caumatología Hospital clínico quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”, correo electrónico: cuastumalkatherine7@gmail.com, ORCID 0000-0001-5277-281x
- 4 Dr. Kenier Yossimar Pérez Córdoba, residente de primer año de Cirugía Plástica y Caumatología Hospital clínico quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”, correo electrónico: kenierperez0@gmail.com, ORCID 0000-0002-8544-5839

RESUMEN:

Introducción: La gigantomastia es la hipertrofia mamaria que sobrepasa los 1500 g de volumen en cada mama y su corrección se realiza con la técnica de mastoplastia reductora. Objetivo: Demostrar la vigencia de la técnica del injerto areola-pezones en el caso que se presenta. Método: Paciente de 23 años de edad con el diagnóstico de gigantomastia gestacional; a la cual se le practicó mastoplastia reductora por técnica de Thorek. Resultado: Se resecó un total de 1800 g de tejido mamario con una evolución postquirúrgica favorable, buenos resultados estéticos y emocionales en ausencia de complicación. Conclusiones: La técnica de Thorek aunque es mutilante tanto para la lactancia como para la sensibilidad de la mama; sigue siendo la mejor opción terapéutica en estos casos ya que se obtiene una gran reducción del volumen mamario con buen resultado estético y satisfacción de la paciente.

PALABRAS CLAVES:

Hipertrofia mamaria; gigantomastia gestacional; técnica de Thorek

INTRODUCCIÓN

Las mamas son elementos femeninos de gran importancia, símbolo de sexualidad y belleza, emblema de maternidad y zona erógena por excelencia.¹ La hipertrofia mamaria es una condición médica que se caracteriza por el aumento anormal del volumen de la mama, causa común de sufrimiento físico y emocional. La sintomatología es diversa y varía desde síntomas locales como procesos infecciosos e inflamatorios, hasta regionales como dolores osteomioarticulares, deformidad torácica y compresión nerviosa.²

Según el volumen mamario se puede clasificar en: hipertrofia mamaria ligera hasta 300 gr, moderada: 300 a 700 g; grande: 700 a 1 200 g y gigantomastia: más de 1 200 g.^{2,3} La etiología de esta última puede estar atribuida a factores genéticos, hereditarios, étnicos, hormonales, nutricionales, enfermedades asociadas como obesidad, entre otras.³

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 motivo por el cual la inducción al parto está indicado.⁴

Las secuelas que deja este aumento excesivo en el volumen mamario son tratadas con la técnica de mastoplastia reductora; esta elimina tanto volumen como piel de la mama, reduciendo el peso y levantando todo el tejido.⁵ En 1922 Thorek plantea la técnica de resección radical de las mamas, con un trasplante del complejo areola pezón, esta ha llegado a ser el proceder más utilizado para aquellos casos en que el volumen mamario es tan grande que necesita un trasplante libre del complejo areola pezón para brindar resultados satisfactorios y armoniosos para la paciente.^{6,7}

Aunque es una técnica poco usada por lo mutilante que es respecto a la lactancia ya que se elimina grandes cantidades de tejido mamario; y afecta la sensibilidad por extirpar completamente la areola, el objetivo de presentar este caso es indicar a la comunidad médica que esta sigue siendo la mejor opción vigente en la terapéutica de gigantomastia gestacional.⁸

MÉTODO:

Presentación de Caso Clínico, perteneciente a una paciente del Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras", servicio de Cirugía Plástica.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 23 años, procedente de La Habana – Cuba, primípara; quien acude a la consulta del servicio de Cirugía Reconstructiva del Hospital Hermanos Ameijeiras por presentar aumento en el tamaño de sus mamas.

La paciente refiere que durante su embarazo presenta incremento en el tamaño de sus mamas generando alteración en la piel, de las mismas; el cuadro que empieza en la semana 20 de gestación y a la semana 34,1 el aumento provocó deformidad permanente, dolor en la columna cervical, dorsal y lumbar, dificultad al dormir, dificultad respiratoria, vértigo por lo que se le indica parto por cesárea. (Figura 1,2,3)



Figura 1. Sem 34,1 gestación vista lateral



Figura 2. Sem 34,1 gestación vista posterior

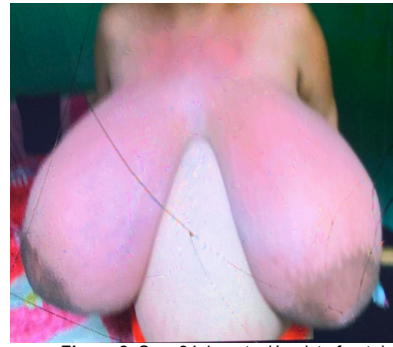


Figura 3. Sem 34,1 gestación vista frontal

Es valorada por el servicio de endocrinología quienes diagnostican un aumento de prolactina e inician tratamiento con cabergolina y bromocriptina; sin embargo, el cuadro no mejoró así que se decide un tratamiento quirúrgico refiriendo el manejo a nuestro servicio en el cual se ingresa a la paciente para realizar mastoplastia reductora con técnica de resección radical de las mamas, con trasplante del complejo areola pezón; Thorek.

Dentro de los antecedentes personales patológicos como se menciona anteriormente presentó aumento de la prolactina durante el embarazo, ninguna patología de relevancia. Antecedentes Quirúrgicos una cesárea realizada el 29/08/2019. Los antecedentes ginecobstetricos presento la menarquia a los 10 años, fórmula menstrual 28x5, sexarquia 16 años, anticonceptivos no refiere, gestas una.

Antecedentes familiares no refiere.

Se interrogó a la paciente la cual refirió sentir inconformidad con el aspecto de sus mamas, además de presentar dolor postural, dolor en columna cervical, dorsal y lumbar; dificultad para respirar y realizar actividades.

En el examen físico se encontró un tórax con tendencia a la excavación en región anterior en relación con la posición, hombros proyectados hacia delante, tórax posterior con leve cifosis. Mamas aumentadas de tamaño, ptosicas, de base moderada, separadas a nivel esternal, asimétricas, siendo la mama derecha levemente de mayor tamaño que la izquierda, de implantación baja, levemente divergente derecha e izquierda convergente y proyección axilar. No se observaron retracciones ni piel de naranja.

Pezón sin alteraciones en número ni forma, no hay sangrado ni secreción de ninguna sustancia espontánea. Se observa Complejo Areola Pezón (CAP) que sobrepasa el Surco Sub Mamario (SSM) en aproximadamente 10 cms. Se observaron leves vergeturas ensanchadas hipocrómicas de predominio en ambos cuadrantes superiores, se observa lesión hiperpigmentada en ambos surcos submamarios, leve eritema, calor ni secreción ni fetidez. A la palpación, no se encontraron lesiones tumorales en ningún cuadrante, no secreción por pezón a la palpación, no se palparon adenopatías axilares ni supra e infraclaviculares, se encontró ligero dolor a la palpación generalizada de ambas mamas. Figura 4,5,6. Tabla1.



Figura 4. Mamas vista anterior. Pre-operatorio

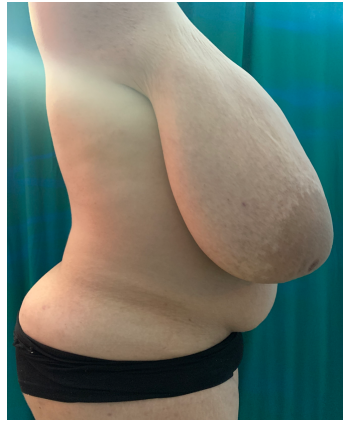


Figura 5. Mamas vista lateral derecho. Pre-operatorio

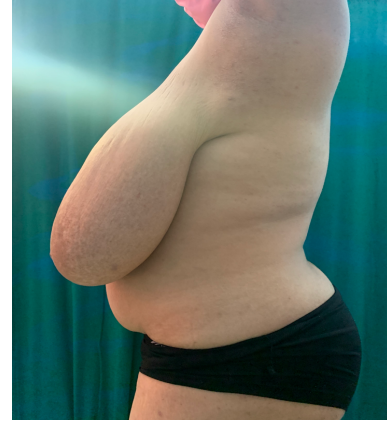


Figura 6. Mamas vista lateral izquierdo. Pre-operatorio

	MAMA DERECHA	MAMA IZQUIERDA
Horquilla - CAP	41cm	39cm
CAP:	17x15cm	16x16cm
Surco - CAP:	26cm	22,5cm
CAP - Omb:	8cm	7cm
VOLUMEN:	1900 gr	1800 gr
InterCAP:	15cm	

TABLA 1. Medidas de las mamas.

Se le realizaron exámenes paraclínicos complementarios los cuales fueron: prueba Rápida COVID-19: negativa, grupo y Factor: O RH+; hemograma Completo: LEU 8,09 x10⁹/L, HB 153 g/dl, HTC 44 %, Pla^q 281 x10⁹/L dentro de parámetros normales.

Se realizó pruebas endocrinológicas post tratamiento las cuales los resultados fueron dentro de los parámetros normales para poder ingresar al salón de operaciones. PTG a las dos horas 5,4 mmol/L, prolactina 477 U/L; T3 1,93 mmol/L, TSH 1,68 mmol/L, T4 80 mmol/L. Glicemia 6,2 mmol/L, Urea 5,77 mmol/L, Creatinina 7,3 mmol/L.

Se diagnostica de gigantomastia gestacional y se propone como plan terapéutico a realizar: Mastoplastia reductora con colgajo de pedículo inferior e injerto libre del complejo areola- pezón.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA

En el salón de operaciones paciente bajo anestesia general orotraqueal en decúbito supino, previa asepsia y antisepsia, se realiza incisión cutánea según planificación, (Figura 7); exéresis del Complejo Areola Pezón como injerto libre de piel total, el cual se mantiene protegido con compresas humedecidas en solución salina.



Figura 7. Planificación Pre-Operatoria

Según maniobra de Schwartzman se desepiteliza el colgajo de pedículo de base inferior y se disecciona hasta fascia pectoral. Se reseca el tejido dermoglandular excedente. Se fija el colgajo de pedículo inferior a la fascia pectoral con sutura no absorbible 3-0, creando contención y proyección de la mama, previniendo su futuro aplanamiento.

Se suturan los pedículos laterales, se continúa cierre por planos hasta piel terminando con un Cierre en "T" invertida con sutura no absorbible previa hemostasia rigurosa y colocación de drenajes aspirativos. Se injerta el CAP mediante fijación tipo Brown, se colocan apósitos estériles y se inmovilizan las mamas con vendaje elástico sin ejercer presión. (Figura 8)

Evolución post operatoria: Favorable. Se destapa el injerto al quinto día con una supervivencia del 100 %. Ausencia de complicaciones. (Figura 9)



Figura 8. Mamas postquirúrgicas



Figura 9. Mamas evolución post operatoria

DISCUSIÓN

La cirugía de reducción mamaria, como todo procedimiento quirúrgico tiene riesgos y complicaciones, que pueden ser comunes al resto de las intervenciones quirúrgicas o específicas de la técnica. En el caso clínico presentado hay concordancia con la literatura en cuanto a la edad de presentación de este padecimiento, Peña Vicente, registró una media de 38 años con edades extremas entre 15 y 56 años. Al igual que Yépez Intriago M en su

estudio, donde describe pacientes con edades que oscilaron entre los 16 y 70 años, el grupo que más solicitó este proceder fue el de 20 a 30 años y Sánchez Castillo VM publicó un artículo sobre incisiones mínimas para mastoplastias reductoras, donde predominaron las edades comprendidas entre los 30 y 39 años, y edades extremas entre 15 y 59 años.¹¹⁻¹³

El volumen mamario máximo registrado en el preoperatorio fue mayor a 1500 gr, con mayor incremento en mama derecha lo que difiere con Grippaudo FR y Cols., en su estudio realizado en el 2009 donde los casos estudiados mostraron mayor crecimiento de la mama izquierda.¹⁴

En el posoperatorio se alcanzó la simetría mamaria, con forma cónica y proyección adecuada en armonía con su biotipo y características de la región torácica. Las mensuraciones postquirúrgicas quedaron dentro de los parámetros establecidos en una mama ideal.

El volumen mamario resecado fue 1200 gr a la mama izquierda y 1300 gr a la derecha. La técnica propuesta permite predeterminar la cantidad de tejido a resecar desde la planificación.

Las complicaciones más frecuentes reportadas en la literatura para las técnicas de mastoplastia reductora en grandes hipertrofias mamarias, varían desde las diferentes necrosis (total o parcial del CAP, total o parcial del colgajo, esteatonecrosis) hasta los seromas, hematomas y la dehiscencia de las suturas. En el estudio realizado por Mandrekas AD en 371 mastoplastias reductoras, se redujeron grandes volúmenes de tejido, promediando 870 gr de tejido removido por cada mama, presentaron complicaciones en 11.4 % y la más común fue dehiscencia de la herida en la unión de la T (4.6 %), todas las heridas cerraron por segunda intención. En el caso mencionado no se presentó ninguna de estas complicaciones.¹⁵

La paciente presentó satisfacción en su totalidad, se pudo constatar que después de la intervención quirúrgica, hubo remisión de la sintomatología en general, regional y local (restricción respiratoria, radiculitis, surcos en los hombros, intertrigo y el dolor cervicotorácico) pudiendo incorporarse a la vida social, laboral y de pareja.

CONCLUSIONES

La mastoplastia reductora con injerto libre del complejo areola pezón es una técnica vigente para el tratamiento de elección de gigantomastia que ofrece buenos resultados, permanentes y sin complicaciones.

REFERENCIAS

1. Alviar Rueda JD. Patología mamaria benigna: diagnóstico y tratamiento. Med Uis. 2018 [Acceso 11/02/2020];31(3):61-71. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v31n3/0121-0319-muis-31-03-67.pdf>
2. Jiménez Reyes W, Rodríguez Gil E. Mastoplastia reductiva por técnica de Thorek modificada en gigantomastia. Rev Inform Cient. 2018 [Acceso 10/02/2020];97(1):183-91. Disponible en: <https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiKgc-Eq-LIAhVRmVkkHdTNAC8QFjAFegQIARAC&url=https%3A%2F%2Fdialnet>

[.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F6259749.pdf&usg=AOvVaw2sWpLI-d3mKXrJpfFoHiA8](http://unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F6259749.pdf&usg=AOvVaw2sWpLI-d3mKXrJpfFoHiA8)

3. Pitanguy I, Radwanski HN. Corrección de las hipertrofias mamarias y de la hipomastia. En: Coiffman F. Coiffman cirugía plástica reconstructiva y estética. 4ta. ed. Bogotá: Amolca; 2016. p. 1857-68.
4. Perez Panzano E, Gascon-Catalan A, Sousa-Dominguez R, Carrera Lasfuentes P, Garcia Campayo J, et al. Reduction mammoplasty improves levels of anxiety, depression and body image satisfaction in patients with symptomatic macromastia in the short and long term. 2017. En *Psychosom Obstet Gynaecol* 38(4): 268-275.
5. Hojman, J. Gestational Gigantomastia in Autoimmune Diseases. *Journal of Clinical Rheumatology*. 2015, 21 (2), 110-112.
6. Min Jeng, C., Jung-Hyun, Y., Hyeon- Gon, C., Wan Seop, K., Yeong-Beom, Y., & Kyoung Sik, P. An idiopathic gigantomastia. *Annals of Surgical Treatment and Research*. 2015, 88 (3), 166-169
7. Traoré, B., Kamate, B., Conde, M., Keita, A., Kourouma, T., & Dem, A. An exceptional case of bilateral gestational gigantomastia with multiple breast lumps. 2015 Disponible en: *Pan African Medical Journal*.
8. Bellini Ditta L. Breast ptosis and its surgical resolution. 2017. En: *Argentine Journal of Plastic Surgery* 24(2): 95-104.
9. Berrocal Revueltas M. Las cuatro estaciones de las mamas. Primera Edición. Bogotá: Impresión Médica 2014:25-26.
10. Peña Vicente S, González Peirona E, Güemes Sánchez A, Sousa Domínguez R, García-Campayo J. Mamoplastia de reducción: cirugía para un problema psicosocial. *Senol Patol Mamaria*. 2003;16:53-7.
11. Yépez Intriago M, Estrella Tejada P, Vélez Polit E. Mamoplastia de reducción con cicatrices pequeñas para grandes hipertrofias mamarias o gigantomastia. *Cir Plast Iberolatinoam*. 2013;39:1-8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S037678922013000100001&script=sci_arttext
12. Agbenorku P. Nipple-areolar complex (nac) composite grafts in the management of macromastia: review of complications. *Nigerian J Surg Res*. 2006;8:86-9.
13. Sánchez Castillo VM, Collado Hernández CM. Incisiones mínimas para mastoplastias reductoras. *Rev Cubana Cir*. 2002;41:11-5.
14. Grippaudo FR, Kennedy DC, Tiwari P, Talavera F, Shenaq SM, Slenkovich NG. Liposuction only breast Reduction. *Medscape Plastic Surgery & Aesthetic Medicine* [Internet]. 2014 [cited 2019 Dec 20]. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/1276259-overview>.
15. Fonseca CC, Veiga DF, Garcia EDS, Cabral IV, de Carvalho MM, de Brito MJ, *et al*. Breast hypertrophy, reduction mammoplasty, and body image. *Aesthet Surg J*. 2018 [Acceso 11/11/2019];38(9):972-9. PubMed:PMID:29425275. Disponible en: <https://ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/29425275/>