

# Hipertrofia mamaria juvenil. Revisión de la literatura. A propósito de un caso clínico

Drs. Marco López Tovar<sup>1</sup>, Adriana Pesci Feltri<sup>2</sup>, Isabel García Fleury<sup>3</sup>, Vincent Guida<sup>4</sup>.

## RESUMEN

*Se presenta el caso de una paciente de 22 años con hipertrofia mamaria bilateral, de gran tamaño. No presentaba tumor ni alteraciones hormonales. Fue intervenida quirúrgicamente y la evolución fue satisfactoria.*

*Palabras clave: Hipertrofia Mamaria, Gigantomastia, Hipertrofia Juvenil de la Mama, Hipertrofia Virginal Mamaria.*

## SUMMARY

*We report a case of a 22-year-old patient with massive Juvenile Breast Hypertrophy. No tumor or hormonal changes cause the disease. Was successfully treated with a breast reduction.*

*Key words: Breast Hypertrophy, Gigantomastia, Juvenile Breast Hypertrophy, Virginal Breast Hypertrophy.*

## INTRODUCCIÓN

La hipertrofia mamaria es una enfermedad benigna, poco frecuente y de etiología desconocida, caracterizada por un crecimiento excesivo, difuso y rápido de la glándula mamaria durante la adolescencia (1), en algunos casos ocurre antes de este periodo, siendo extremadamente raro (2). Fue descrita en 1910, por Henry Albert, quien menciona esta patología como gigantomastia, hipertrofia juvenil o hipertrofia virginal mamaria (3). Generalmente es bilateral, pero puede presentarse en una sola mama (4).

El mecanismo subyacente que causa la hipertrofia de las mamas aún no se ha dilucidado. Una teoría propuesta es una hipersensibilidad de los órganos diana a los niveles

normales de hormonas gonadales (5). En la literatura se ha documentado que algunos casos responden a terapia farmacológica con base en tamoxifeno, danazol o bromocriptina (6); esto justificado en la hipótesis que trata de explicar que el aumento de la actividad hormonal tiene un rol importante en la evolución de esta entidad clínica; sin embargo, otros estudios han encontrado niveles normales de estrógeno, progesterona, gonadotropinas y la hormona del crecimiento durante esta fase de crecimiento rápido (7).

Esta entidad, más allá de la cervicalgia y alteración de la postura, tiene un gran impacto físico y psicológico, lográndose con cirugía reductora mejoría en cada uno de estos aspectos (8); sin embargo, una cirugía realizada en una época precoz, antes de la estabilización de las hormonas puberales puede traer un nuevo crecimiento mamario del tejido remanente (9).

## CASO CLÍNICO

El siguiente caso trata de una paciente de 22 años de edad, sexo femenino, sin antecedentes personales ni familiares que contribuyan al diagnóstico; quien refiere aumento de volumen progresivo en ambas mamas, de

<sup>1</sup> Cirujano General – Mastólogo. Consulta Patología Mamaria, Servicio de Ginecología, Hospital Universitario de Caracas. <sup>2</sup> Cirujano Mastólogo. Coordinadora de Curso de Ampliación en Patología Mamaria. Servicio de Ginecología, Hospital Universitario de Caracas. <sup>3</sup> Especialista en Obstetricia y Ginecología. Mastólogo. Consulta Patología Mamaria, Servicio de Ginecología Hospital Universitario de Caracas. <sup>4</sup> Cirujano General – Mastólogo. Consulta Patología Mamaria, Servicio de Ginecología Hospital Universitario de Caracas.

aproximadamente un año de evolución, acompañado de mastalgia no cíclica, eritema local, cambios tróficos en la piel de ambas mamas, además de limitación para la bipedestación y deambulación que se fue acentuando progresivamente, razón por la cual acudió a consulta de mastología. Antecedentes ginecobstétricos: menarquia 11 años. I gesta, I cesárea. Primera gesta: 17 años. Anticonceptivos orales (ACO): Nordette® durante 1 año. Ciclos menstruales regulares. Examen físico: mamas de gran tamaño, ptósicas, simétricas, que sobrepasan el tercio superior de ambos muslos, con eritema difuso y cambios tróficos en todos los cuadrantes de ambas mamas, red venosa colateral bilateral, sin nódulos palpables. Ambas axilas y fosas supraclaviculares libres (Figura 1). Ecosonograma mamario: mamas voluminosas, simétricas, con abundante cantidad de tejido fibroglandular, no se observaron imágenes quísticas



Figura 1.

Fotografías preoperatorias, de frente y lateral, de la paciente que se presenta. Archivos de fotografía, Curso de Ampliación Patología Mamaria, Servicio de Ginecología, Hospital Universitario de Caracas.

ni sólidas. Llama la atención aumento de ecogenicidad y espesor de la piel y tejido celular subcutáneo bilateral. Regiones axilares libres de adenopatías. Perfil hormonal: T3 0,7 ng/ml, T4 5,3 ng/ml, TSH 1,3 mui/ml, prolactina 11,3 ng/ml, estradiol 167,9 pg/ml, progesterona 1,5 ng/ml, LH 0,6 UI/ml, FSH 1,4 UI/ml. Evaluación por Endocrinología Médica y Endocrinología Ginecológica: no hay evidencia de alteraciones hormonales que se relacionen con la gigantomastia de la paciente.

Se realizó, en conjunto con el servicio de Cirugía Plástica, mamoplastia reductora por técnica de Thorek, se obtuvo de mama derecha material con un peso de 6450 gramos y de mama izquierda 5170 gramos; se injertó el complejo areola pezón, la evolución fue satisfactoria (Figura 2).



Figura 2.

Fotografía postoperatoria, de frente, de la paciente que se presenta. Archivos de fotografía, Curso de Ampliación Patología Mamaria, Servicio de Ginecología, Hospital Universitario de Caracas.

## CONCLUSIONES

La hipertrofia mamaria es una entidad benigna poco frecuente, que se presenta en mujeres cerca del inicio de su pubertad, en ausencia de gestación y sin finalidad funcional lactante, con niveles hormonales normales; generalmente se debe a una respuesta exagerada del parénquima mamario a los estrógenos (2, 10).

El diagnóstico diferencial debe realizarse con la pseudoginecomastia asociada con obesidad, hipertrofia gravídica o las secundarias a endocrinopatía, patologías neoplásicas como linfomas, sarcomas y con tumores fibroepiteliados como el tumor filodes o fibroadenoma juvenil, aunque en estos casos generalmente es unilateral (8).

En la literatura se han reportado distintos tipos de tratamientos para esta entidad, desde tratamiento

médico con antiestrógenos para intentar la regresión del crecimiento del tejido glandular, lográndose en algunos casos resultados pobres, además con algunas desventajas debido a los distintos efectos secundarios por su uso a temprana edad; hasta tratamiento quirúrgico con resultados satisfactorios e inmediatos, tanto clínicos como psicológicos (11).

## REFERENCIAS

1. Gözü A, Yoğun FN, Özsoy Z, Özdemir A, Özgürhan, G, Tuzlalı S. Juvenile breast hypertrophy. *J Breast Health*. 2010; 6 (3): 122-124.
2. Gabilondo Zubizarreta FJ, Madariaga Romero N, Meléndez Baltanas J, Ayestarán Soto J, Caramés EJ. Hipertrofia mamaria virginal: caso clínico. *Cir Plást Iberolatinoam*. 2007; 33(4):215-220.
3. Albert H. Diffuse idiopathic hypertrophy of the mammary glands of the female. *JAMA*. 1910; 55 (16):1339-1343.
4. Hernández G, Gómez A, Paredes R. Lesiones benignas de la mama. Caracas: Médica Panamericana; 2012.
5. Morimoto T, Komaki K, Mori T, Sasa M, Miki H, Inoue H, et al. Juvenile gigantomastia: report of a case. *Surg Today*. 1993; 23 (3): 260–264.
6. Sperling RL, Gold JJ. Use of an anti-estrogen after a reduction mammoplasty to prevent recurrence of virginal hypertrophy of breasts. Case report. *Plast Reconstr Surg*. 1973; 52 (4): 439–442
7. Kupfer D, Dingman D, Broadbent R. Juvenile breast hypertrophy: report of a familial pattern and review of the literature. *Plast Reconstr Surg*. 1992; 90 (2): 303–309.
8. Güneş D, Mutafoğlu-Uysal K, Canda T, Saydam S, Cemeroglu AP, Olgun N. Unilateral juvenile (virginal) hypertrophy of the breast. *Turk J Pediatr*. 2008; 50 (3): 278-281.
9. Sánchez de la Cruz B. Ginecología Infantojuvenil. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2011.
10. Koltz PF, Sbitany H, Myers RP, Shaw RB, Patel N, Giroto JA. Reduction mammoplasty in the adolescent female: the URM experience. *Int J Surg*. 2011; 9 (3): 229-232.
11. Figueroa Ángel S, Romero Flores V. Hipertrofia virginal mamaria en niños y manejo quirúrgico. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2012; 58 (2): 127-132.

---

*Viene de pág. 265*

## 10 datos sobre la salud de la mujer

10. El riesgo de discapacidad visual es significativamente más alto en la mujer que en el hombre, a todas las edades y en todo el mundo. A pesar de ello, las mujeres no tienen el mismo acceso al tratamiento de las enfermedades oculares que los hombres.

En conclusión, la discriminación sexual genera muchos peligros para la salud de las mujeres, tales como la violencia física y sexual, las infecciones de transmisión sexual, el VIH/SIDA, el paludismo o la neumopatía obstructiva crónica. El consumo de tabaco representa una amenaza cada vez más importante para la salud de la mujer, y las tasas de mortalidad durante el embarazo y el parto siguen siendo elevadas en los países en desarrollo.

Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la salud de la mujer. [Actualizado febrero 2009, revisado febrero 2017] Disponible en <http://www.who.int/features/factfiles/women/es/>

Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la salud de la mujer. Datos y cifras. [Actualizado febrero 2009, revisado febrero 2017] Disponible en [http://www.who.int/features/factfiles/women\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/women_health/es/)