

Gigantomastia y embarazo

G. López García, J. M. Cebeiro y J. L. Ara

El desarrollo de las mamas durante el embarazo es un fenómeno natural y, aunque existen notables variaciones individuales en esta hipertrofia mamaria durante la gestación, sólo en raras ocasiones puede convertirse en una curiosidad médica si su desarrollo es excesivo.

Es imposible practicar mediciones directas exactas del incremento de peso de las mamas. Tan sólo podrían realizarse determinaciones indirectas del aumento de volumen calculándolo —como han hecho algunos autores⁶— por métodos de desplazamiento bajo el agua, que aunque proporcionan valores aproximativos aceptables, carecen de suficiente precisión.

El término Gigantomastia o Macromastia define una difusa, progresiva y masiva hipertrofia mamaria, con frecuente incapacidad física. Muchas veces la gigantomastia se desencadena rápidamente durante el embarazo, con regresión después del parto y recidivas posteriores coincidiendo con sucesivas gestaciones.

Burslem y Dewhurst² describen en 1952 dos casos de hipertrofia mamaria y embarazo con mínima regresión post-partum.

Williams¹² comunica en 1957 haber realizado una amputación bilateral de mama en una primigesta con hipertrofia mamaria y, en un segundo embarazo, observa en la misma enferma crecimiento y ulceración de una mama supernumeraria axilar que precisó tratamiento quirúrgico.

Blaydes y Kinnebrew¹ presentan en 1958 un caso de hipertrofia mamaria con hemorragia masiva en una gestante, que trataron quirúrgicamente con amputación.

Lewison y col.⁷ publican en 1960 dos casos de gigantomastia bilateral y embarazo, recogidos de las historias clínicas obstétricas del Johns Hopkins Hospital durante 25 años y en un total de 56.784 partos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

La enferma que presentamos a continuación nos parece interesante por su rareza y creemos merece ser publicada.

Enferma J. Z. V., de 26 años, que fue controlada por nosotros en su primer em-

barazo, hace tres años. Esta gestación finalizó con un parto a término y un recién nacido vivo, normal, de 3.710 gramos de peso. La enferma presentó una hemorragia de alumbramiento que precisó transfusión de 600 c.c. de sangre total. Le fue inhibida la lactancia mediante la administración de un preparado estrogénico. Durante este su primer embarazo, presentó una hipertrofia mamaria bilateral de discreta intensidad que toleró sin dificultad y regresó en el post-parto.

En su segundo embarazo acude a la consulta con amenorrea de dos meses, aquejando molestias dolorosas en ambas ma-

mas desde que le falta la menstruación. A los cuatro meses de la fecha de su última regla describe la percepción subjetiva de los primeros movimientos fetales.

Conforme va avanzando su gestación, el desarrollo de las mamas va adquiriendo, progresivamente, el tamaño gigante que se aprecia en las fotografías, obtenidas a los ocho meses de embarazo (figs. 1 y 2).

Los controles analíticos habituales practicados hasta esta fecha fueron siempre normales.

A los ocho meses de su amenorrea, los resultados de los análisis fueron los si-



Fig. 1.

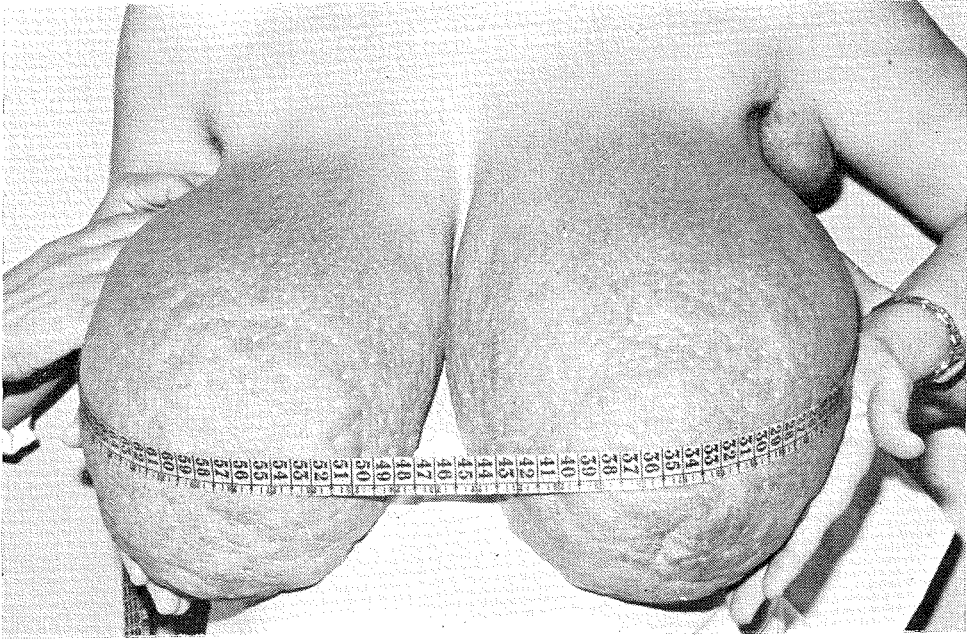


Fig. 2.

guintes: Hematíes 3.800.000; Hb 12'7 = 70 % V. G. 1; I. H. 32 %; leucocitos 6.900; fórmula leucocitaria: E 1,

C 5, S 83, L 8, M 3. El proteinograma en suero dio el resultado que presentamos en la fig. 3. Las cifras de 17-ce-

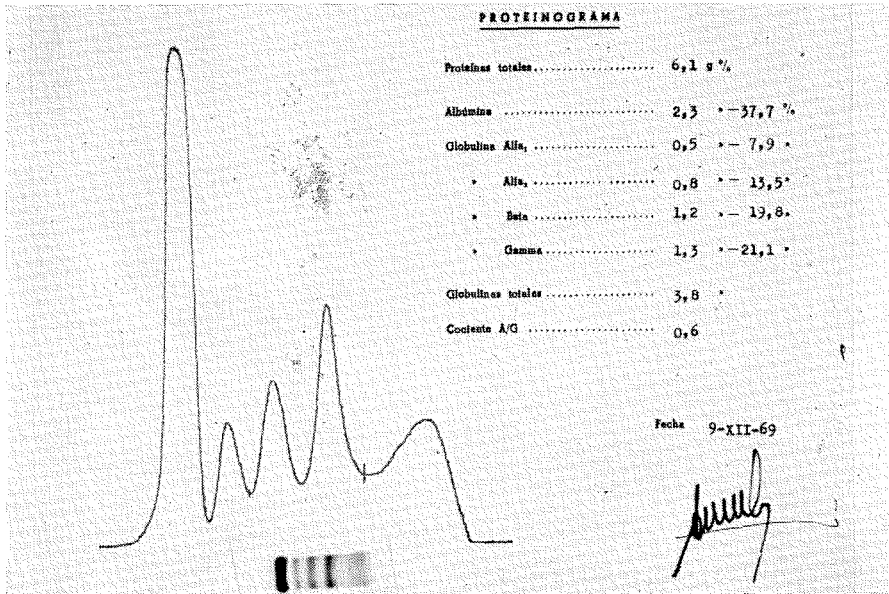


Fig. 3.

tosteroides y 17-hidroxycorticosteroides fueron de 6'3 y 21'7 mg/24 horas, respectivamente, con una diuresis de 700 c.c. Dado el curso progresivo de la hipertrofia mamaria y el sufrimiento e incapacidad física de la enferma, se le provocó el parto al octavo mes de gestación mediante inducción con goteo intravenoso de oxitocina, durante dos días consecutivos, sin obtenerse ninguna respuesta en la contractilidad uterina, por lo que le fue practicada una cesárea abdominal extrayéndosele un feto vivo, de 2.900 gramos de peso, con muy buen estado general. La placenta se recogió para su estudio y, en el mismo acto operatorio, realizamos biopsia de ovario y de mama.

Al practicar la incisión para la biopsia de mama, ésta drenó espontáneamente 1.800 c.c. de líquido cuyo espectro proteico presentamos en la figura 4.

El Servicio de Anatomía Patológica (Dr.

G. Herranz) nos comunicó el siguiente informe sobre las muestras remitidas:

"Histológicamente el fragmento de tejido mamario presenta la arquitectura típica del órgano lactante. En los tabiques interlobulillares existe un elevado número de linfocitos y la distensión edematosa de los haces colagénicos es solamente moderada (figs. 5, 6, 7 y 8). El fragmento del ovario está formado por estroma cortical y una porción de cuerpo albicans, histológicamente normales" (figura 9).

La placenta fue estudiada siguiendo la sistemática establecida en el Departamento⁸, siendo normales los parámetros valorados.

El postoperatorio de la enferma se complicó con una tromboflebitis de la extremidad inferior derecha, que evolucionó favorablemente con el tratamiento médico oportuno. Se le inyectaron en

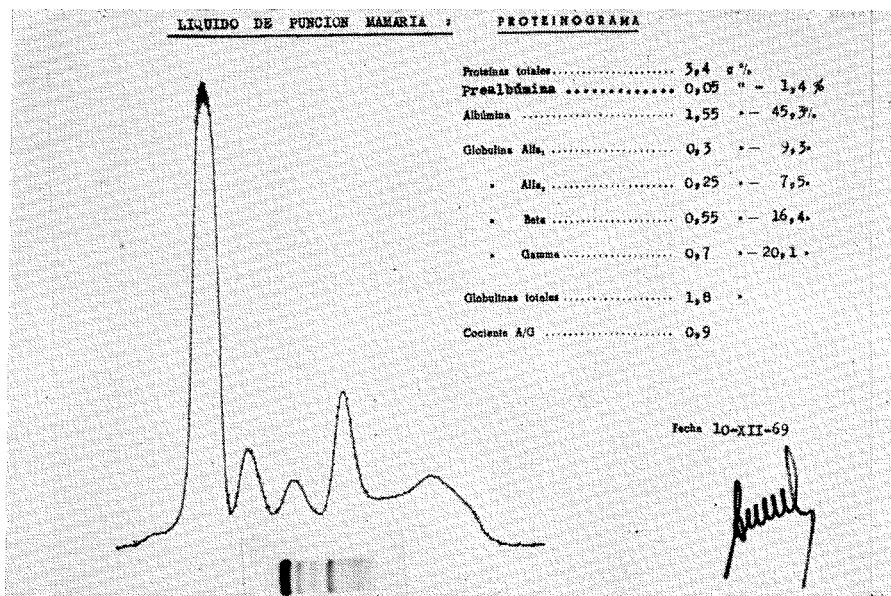


Fig. 4.

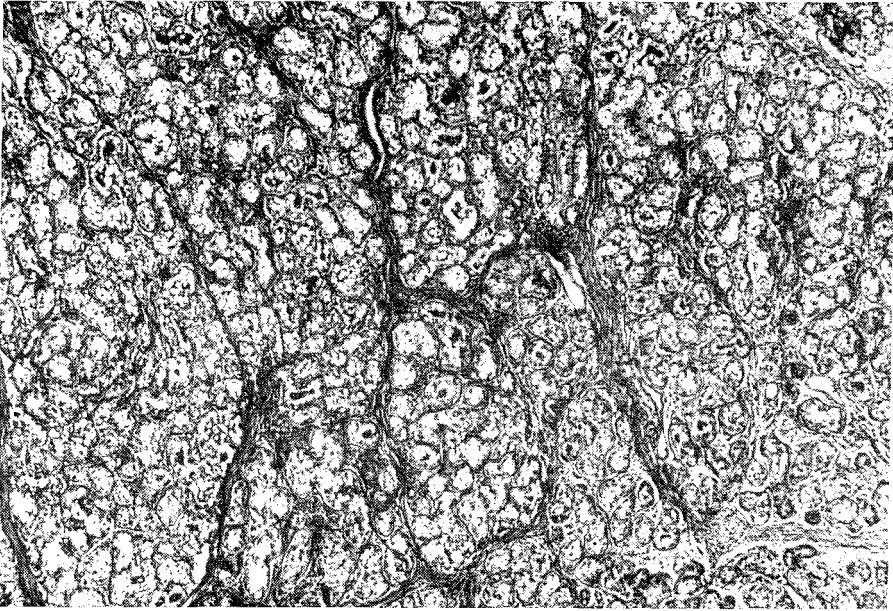


Fig. 5.

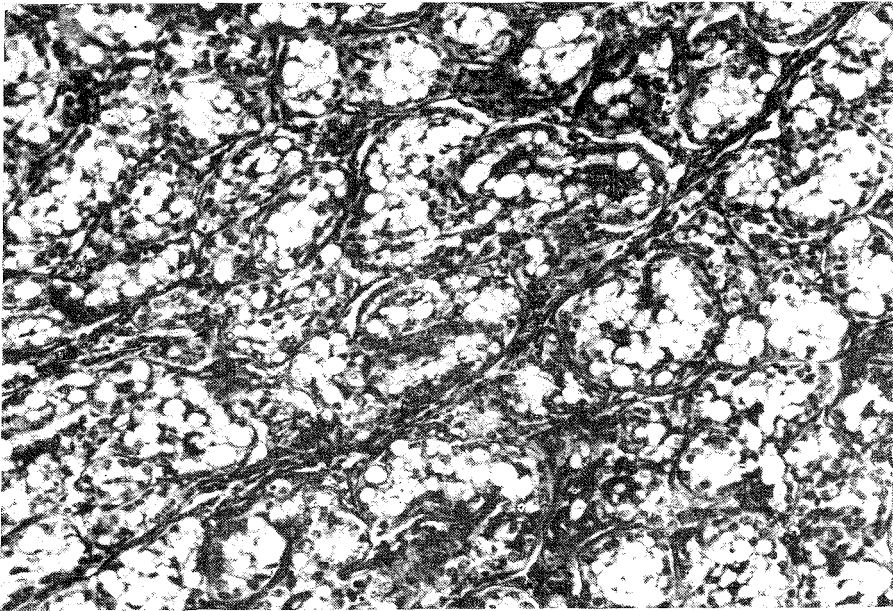


Fig. 6.

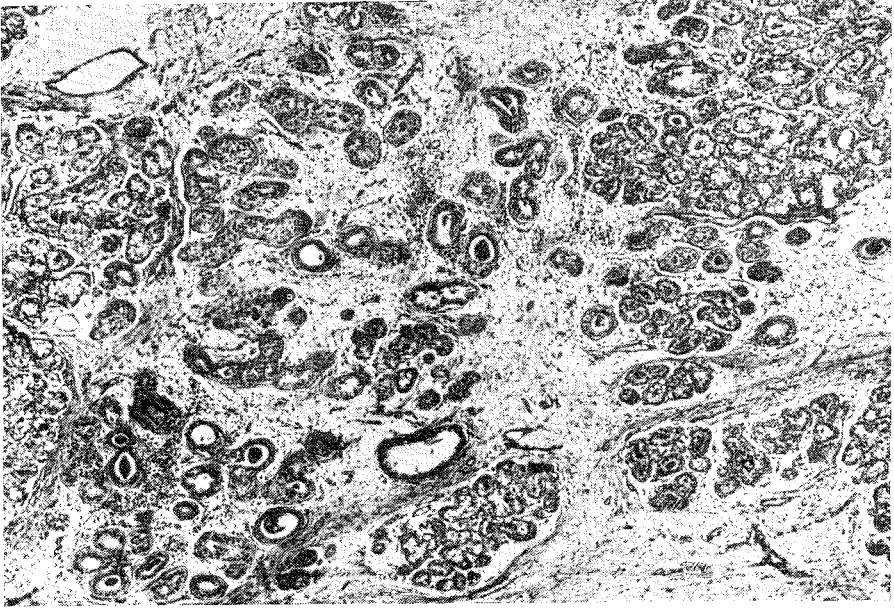


Fig. 7.

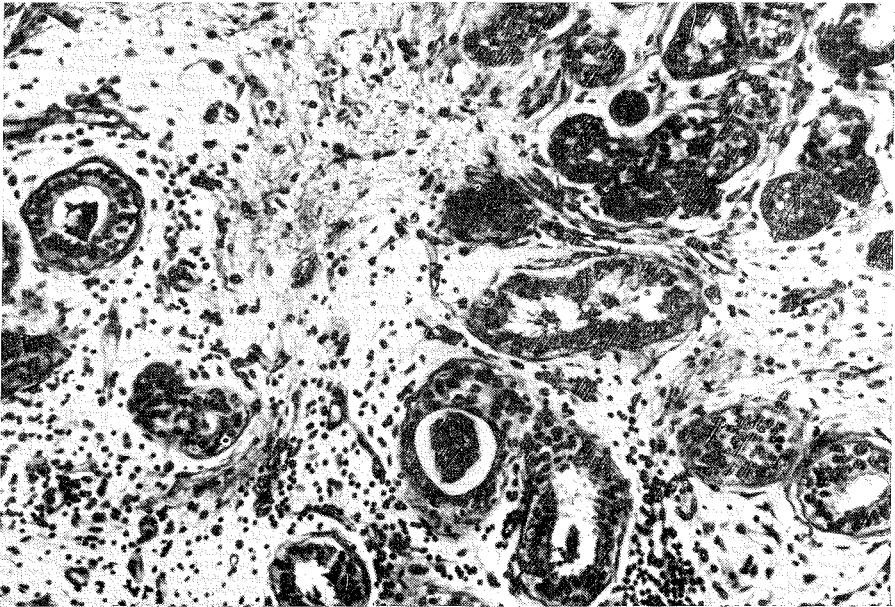


Fig. 8.

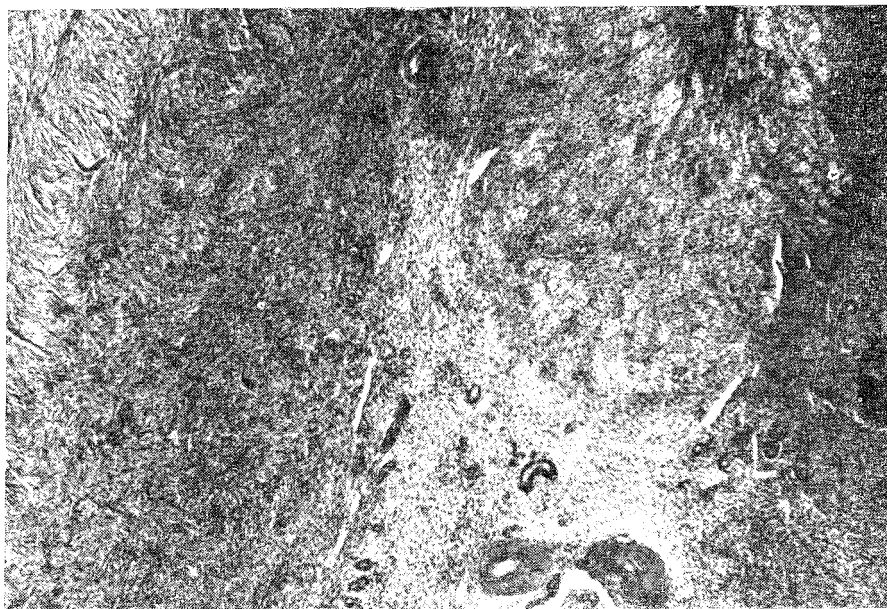


Fig. 9.

dos días consecutivos dos ampollas de un preparado hormonal, compuesto de una mezcla de estrógenos y andrógenos, para inhibir la lactancia.

Por otra parte, visto el resultado satisfactorio obtenido con el drenaje producido al hacer la incisión para la toma de biopsia mamaria, repetimos la punción con un trócar grueso en tres ocasiones más —alternando la mama para cada una de ellas— para aliviar la tensión mamaria, extrayendo, respectivamente, 1.600, 1.200 y 1.000 c. c. de líquido de drenaje cuyo proteinograma fue similar al del obtenido el día de la biopsia. Se trató a la enferma profilácticamente con antibióticos de amplio espectro y se tomaron medidas higiénicas especiales.

Fue dada de alta a las 5 semanas de practicada la cesárea, en buen estado, y con una regresión mamaria satisfactoria. En una revisión posterior se le aconsejó la práctica de Cirugía Plástica con

finestéticos —dada la elongación de la piel de la región mamaria— que la enferma rechazó. Posteriormente y hasta el momento actual no ha vuelto a presentar un nuevo embarazo.

COMENTARIOS

La patología mamaria durante el embarazo es difícil de precisar por el enmascaramiento que producen las modificaciones gravídicas, que pueden, en ocasiones, alterar la evolución de mastopatías preexistentes o hacerlas patentes en casos ignorados hasta entonces.

Las hipertrofias mamarias son, a menudo, de naturaleza oscura y como consecuencia, difíciles de clasificar. El tipo más frecuente de hipertrofia suele aparecer durante la pubertad y no es infrecuente que afecte sólo a una mama. Esta hipertrofia virginal de la mama debe considerarse como una verdadera enfermedad¹¹.

La hipertrofia mamaria patológica durante el embarazo (Gigantomastia o Macromastia) puede clasificarse dentro del grupo de las distrofias difusas, representando la evolución patológica de la hiperplasia habitual durante la gestación, que se convierte en una distrofia hiperplásica difusa y de carácter "per se" benigno que afecta a la totalidad de la glándula y le da dimensiones gigantescas.

Histológicamente, la hipertrofia del embarazo no muestra ninguna diferencia esencial con la imagen normal de la mama grávida. Para Redón¹⁰ se trata de una hipertrofia de los canales galactóforos e hiperplasia del tejido epitelial, sin la correspondiente hiperplasia del estroma perilobulillar.

El rendimiento funcional de la mama hipertrofica es escaso y existe, casi siempre, incapacidad para la lactancia⁹.

Son varios los factores que parece intervienen en su etiología, aunque ésta es desconocida. Existe una cierta predisposición familiar e individual y, posiblemente, racial —más frecuente en la raza negra—.

Se admite que el embarazo influiría de tres formas fundamentales: En primer lugar, una excesiva esteroidogénesis placentaria, difícil de precisar, unida, en segundo lugar, a un déficit hepático en la eliminación de esteroides. Estos dos factores, asociados a un exceso de factor hipofisario mamotropo, actuarían sobre el tejido mamario, el cual respondería

de una forma anómala, debido a una receptividad especial. Como dice Michel⁹ el estímulo hormonal del embarazo recaería sobre un tejido mamario anormalmente responsivo.

Si existen mamas accesorias aberrantes, casi siempre toman parte y participan de la hipertrofia, como en el caso que presentamos.

El pronóstico no es, en general, desfavorable en la hipertrofia gravídica, porque después de terminado el embarazo las mamas retrogradan casi siempre.

El tratamiento está a la altura de nuestra ignorancia patogénica. La involución post-partum obliga a una actitud conservadora y expectante. El tratamiento hormonal parece ineficaz y el proceder quirúrgico amputante solamente está indicado con absoluta rareza. Sí son imprescindibles cuidados higiénicos esmerados y medidas puramente sintomáticas (suspensión de las mamas, cuidados de la piel, etc.), para evitar infecciones, que serían graves.

El tratamiento quirúrgico radical (mastectomía) será aconsejable sólo en aquellos casos en los que existan trastornos tróficos o infecciosos (úlceras infectadas, etcétera).

La cirugía plástica reparadora hay que utilizarla con fines estéticos, mediante las técnicas adecuadas de reducción y fijación de la mama hipertrofiada y descendida.

BIBLIOGRAFÍA

1. BLAYDES, R. M. y C. A. KINNEBREW. *Obst. Gyn.*, 12: 601, 1958.
2. BURSLEM, R. W. y C. J. DEWHURST. *J. Obst. Gyn. Brit. Emp.*, 59: 380, 1952.
3. BYRD, B. F. y D. S. BAYER. *Ann. Surg.*, 155: 940, 1962.
4. GROS, C. *Les maladies du sein*, Masson. Paris, 1963.
5. HAAGENSEN, C. D. *Diseases of the Breast*. W. B. Saunders. Filadelfia, 1956.
6. HYTEN, F. E. *Brit. Med. J.*, 1: 912, 1954.
7. LEWISON, E. F. y col. *Surg. Gyn. Obst.* 110: 215, 1960.
8. LÓPEZ GARCÍA, G. *Rev. Med. Univ. Navarra*, 13: 143, 1969.
9. MISCHÉL, W. *Clin. Obst. Gynec.*, 3: 167, 1966.
10. REDON, H. *Encyclopedie Medico-Chirurgicale. Gynécologie (**)*. París.
11. TEJERINA, F. *Arch. Fac. Med. Madrid*, 14: 231, 1968.
12. WILLIAMS, P. *Am. J. Obst. Gyn.*, 74: 1326, 1957.

