



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-587 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASA GIGANTE DE MAMA

Mansilla Díaz, Sebastián; Gómez Pérez, Rocío; Fernández García, Francisco Javier; Ávila Soledad, Natalia; Buendía Peña, Emilio Antonio; Martín Cortés, Salvador; Scholz Gutiérrez, Victoria; de Luna Díaz, Resi

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Introducción: En el diagnóstico diferencial de una masa gigante de mama deben incluirse el tumor phyllodes, fibroadenoma gigante juvenil y la hipertrofia mamaria juvenil. Durante el periodo de lactancia debemos tener en cuenta entidades como el galactocele y el adenoma de la lactancia. La mamografía y la ecografía son la primera prueba a realizar a pesar de tener una baja especificidad. La PAAF es poco específica, por lo que es preferible el uso de la BAG, siendo, no obstante la biopsia quirúrgica la que nos ofrezca el diagnóstico definitivo.

Caso clínico: Mujer de 50 años sin antecedentes de interés, que acude por tumoración de mama derecha de rápido crecimiento de 5 meses de evolución. A la exploración se aprecia mama derecha con múltiples tumoraciones, vascularización periférica y zonas de ulceración sin palpase adenopatías axilares. En la ecografía de mama con BAG se objetiva una tumoración sólido-quística que ocupa la totalidad de la mama derecha, sin evidencia de adenopatías sospechosas con resultado anatomopatológico de tumor phyllodes sin signos de malignidad. Se realizó mastectomía con colgajo musculocutáneo de *latissimus dorsi*, siendo la anatomía patológica definitiva de tumor phyllodes maligno de 30 cm sin evidencia de afectación ganglionar. Tras la intervención, se decide seguimiento en 6 y 12 meses.



Discusión: Ante una tumoración gigante de mama es fundamental la historia clínica, teniendo en cuenta antecedentes familiares, edad, localización, tamaño, tiempo de crecimiento, y sintomatología concomitante: fibroadenoma gigante juvenil. Entre los 10-18 años. Suelen tener crecimiento rápido y

circunscrito, que puede alcanzar hasta 20 cm. La hipertrofia mamaria juvenil, suele ser bilateral, apareciendo en la pubertad. El galactocele es un pseudoquistes de retención por la oclusión de un conducto galactóforo. Debemos pensar en él cuando aparezca un nódulo asociado a signos inflamatorios durante la lactancia o tras la supresión de ésta. La ecografía, debe ser la primera exploración a realizar siendo inicialmente la actitud conservadora dado que algunos pueden regresar espontáneamente. No obstante si persiste, el tratamiento debe realizarse punción-aspiración de la lesión. Adenoma de la lactancia. Más frecuente en embarazadas o lactantes jóvenes. Son masas bien circunscritas que normalmente miden de 2 a 4 cm. Abscesos típicamente dolorosos y asociados a síntomas inflamatorios. Para su diagnóstico la prueba de elección es la ecografía ya que permite guiar el drenaje de la colección. No obstante, ante abscesos de gran tamaño se deberá realizar incisión y drenaje quirúrgico precoz. Tumor phyllodes. Se trata de tumor fibroepitelial, poco frecuente, con una edad media de presentación entre los 30-40 años. Se clasifican en tres grandes grupos: benignos, borderline y malignos (cistosarcoma phyllodes). El diagnóstico se basa en la clínica: tumoración indolora, grande, de crecimiento rápido y con un tamaño medio de unos 10-20 cm. No se suelen palpar adenopatías axilares. El tratamiento de elección es quirúrgico con unos márgenes de tejido mamario sano de 1-2 cm (único factor predictivo). La linfadenectomía axilar, de entrada no tiene indicación. En cuanto al seguimiento inicial está indicado realizar exploración física a los 6 meses acompañado de mamografía y ecografía.