

FIBROADENOMA INFANTO JUVENIL. REPORTE DE UN CASO

CLAUDIA MESBER, JOSEPMILLY PEÑA, JUAN CARLOS RUPÉREZ, BLAS CHACÍN, ALEXIS MORENO, NARCIEL SÁEZ

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA GENERAL. HOSPITAL MILITAR "DR. CARLOS ARVELO". CARACAS, VENEZUELA

RESUMEN

OBJETIVO: En la actualidad, definir exactamente el concepto de tumores benignos de la mama presenta ciertas dificultades, sobre todo porque el fibroadenoma, sigue siendo considerado el tumor benigno más común. El fibroadenoma juvenil, si bien histológicamente no presenta diferencia, la mayoría de los autores aceptan que esta forma clínica se caracteriza por presentarse antes de los 20 años como una neoplasia generalmente única de 10 cm a 20 cm, crecimiento rápido que a veces cursa con estasis vascular y alteraciones cutáneas lo que lleva clínicamente a sospechar entre un tumor phyllodes o un sarcoma, estos son poco frecuentes en edad juvenil. El fibroadenoma gigante estaría definido solo por el hecho de tener un gran tamaño, para algunos superiores a 5 cm, para otros a 8 cm. Su aspecto microscópico no presenta caracteres especiales. **MÉTODO:** Presentar un caso clínico de una adolescente diagnosticada con esta patología. **RESULTADOS:** Se trata de una paciente femenina de 14 años de edad con tumor de 20 cm x 15 cm en mama izquierda, se le realiza mastectomía parcial y reconstrucción con un colgajo dermoglandular inferior este último a cargo del servicio de cirugía plástica. **CONCLUSIÓN:** Lo más importante es distinguir el fibroadenoma de lo que se ha denominado falsos tumores clínicos, radiológicos, ecográficos y citológicos. Para ellos se cuenta con paraclínicos indispensables. Se acepta que el único tratamiento válido para el fibroadenoma es el tratamiento quirúrgico.

PALABRAS CLAVE: Mama, tumor, benigno, fibroadenoma, gigante, adolescente, cirugía.

SUMMARY

OBJECTIVE: At the present time to define the concept of breast benign tumors is too difficult, because the fibro adenoma is considered the more common tumor of the breast. The juvenile fibro adenoma does not present histological difference; for the majority of authors are agree that this clinical form is present before the 20 years old as a unique neoplasm of 10 cm to 20 cm size, rapid growth sometime with vascular stasis and skin alterations and the suspicious between phyllodes tumor or sarcomas this kind of tumors are less frequent in the juvenile age. The gigantic fibro adenoma were defined only for his characteristic of his big size, for someone mayor of 5 cm and for others mayor of 8 cm. The microscopically aspect does not present any special characters. **METHOD:** To present a clinical case of a adolescent diagnostic for these kind of pathology. **RESULTS:** Feminine patient of 14 years old with tumor of 20 cm x 15 cm in left breast, she underwent partial mastectomy with reconstruction with a dermoglandular inferior flap this last realized for the plastic surgery department. **CONCLUSION:** The most important is to distinguish the fibro adenoma of the called false tumors clinical, radiologic, ultrasound and cytological. For these reason we have indispensable par clinic studies. In general is accepted that the unique and valid treatment for these fibro adenoma tumor is the surgery.

KEY WORDS: Breast, tumor, benign, fibro adenoma, gigantic, adolescent, surgery.

INTRODUCCIÓN

E

l diagnóstico de fibroadenoma infanto juvenil en mamas de adolescente puede ser un problema difícil. Ellos son diferenciados de simples fibroadenomas basado

Recibido: 16/04/2013 Revisado: 22/06/2013

Acceptado para publicación: 19/08/2013

Correspondencia: Dra. Claudia Mesber. Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo". Av. José Ángel Lamas. San Martín. Municipio Libertador. Caracas. Distrito Capital. Tel: 0212- 40611-0414-4650463. E-mail: claudiamesber@hotmail.com.

en su gran tamaño, crecimiento ocasionalmente rápido, y la edad de la paciente. La incidencia es descrita entre el 0,5 % al 2 % de todos los fibroadenomas ^(1,2). Estas lesiones pueden ser muy grandes, algunos tumores alcanzan los 17 cm o más.

La resección quirúrgica de estas lesiones, van desde una mastectomía simple hasta cualquier tipo de mastectomía con reconstrucción ⁽¹⁻⁶⁾, existen diferentes estudios y publicaciones encargadas en la orientación para decidir el tipo apropiado de cirugía en adolescentes que incluya la preocupación por la malignidad, cosmesis, deformidades, impacto de manipulación quirúrgica sobre el desarrollo de la mama, y todos los aspectos psicológicos pertinentes a este tipo de cirugía. La biopsia preoperatoria de estas lesiones puede ser útil en exclusión de una malignidad franca, en particular en el paciente con una lesión que crece rápidamente. La diferenciación entre fibroadenoma juvenil y el tumor phyllodes son a menudo difíciles sobre una biopsia inicial porque un fibroadenoma infanto juvenil puede tener rasgos de un phyllodes. Inclusive el fibroadenoma infanto juvenil tiene la característica de ser una lesión que ocupa espacio, causando compresión del tejido mamario circundante; una vez resecada el tejido mamario crece en cierto grado e inclusive se remodelará. Estos dos factores pueden permitir a un fibroadenoma muy grande ser resecado con poca o ninguna deformidad cosmética. La mastectomía simple de estas lesiones puede ser justificada basada en que estos tumores son de naturaleza benigna.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 14 años de edad quien consulta por aumento de volumen de mama izquierda de 9 meses de evolución, acude a facultativo quien posterior a evaluación refiere a nuestro centro para resolución quirúrgica. Antecedentes personales: no contributivos. Examen físico: mamas grandes, asimetría a

expensas de mama izquierda. Mama izquierda: tumor de 15 cm x 10 cm, móvil, consistencia firme, ubicada en ambos cuadrantes inferiores radial 3 a 9, a nivel del complejo areola pezón. Axilas: no se palpan adenopatías. Mama derecha no se palpa tumor.



Figura 1. Paciente.

Ultrasonido mamario (13/12/2010): mama izquierda imagen sólida de bordes definidos polilobulados con ecos homogéneos en su interior que produce reforzamiento posterior y sombras laterales. Concluye: tumor sólido izquierdo.



Figura 2. Ultrasonido mamario.

Mamografía (14/12/2010): evidencia lesión ocupante de espacio de mama izquierda con aspecto de fibroadenolipoma. Adenopatías axilares bilaterales de aspecto inespecífico.

Biopsia con aguja gruesa guiada por ultrasonido (13/12/2010) reportó: fibroadenoma intra-canalicular con estroma celular y mixoide. No se evidencia malignidad en el material. No evidencia de microcalcificaciones.



Figura 3. Mamografía.



Figura 4. Incisión de piel.

Se interviene quirúrgicamente observándose tumor de 20 cm x 15 cm en cuadrante inferior de mama izquierda, tabicado, con hemorragia y microcalcificaciones (por ecografía intraoperatoria), se realiza mastectomía simple más reconstrucción con colgajo dermoglandular inferior. Evoluciona satisfactoriamente.

RESULTADOS

Se envía la muestra a corte congelado, reportando negativo para malignidad, y la biopsia definitiva N° 902-11 concluye la pieza como fibroadenoma juvenil.

DISCUSIÓN

La etiología del fibroadenoma habla de una estimulación por los estrógenos de los conductos terminales, pues esta enfermedad se da en pacientes jóvenes y se pueden demostrar cambios en el fibroadenoma en relación al embarazo o a la ingesta de anovulatorios hormonales, pudiendo aparecer secreción en el



Figura 5. Resección de tumor.



Figura 6. Pieza.



Figura 7. Pieza posterior a cortes.

interior del mismo. Experimentalmente en ratas se consigue la aparición de fibroadenomas por estímulo estrogénico. También se ha descrito la aparición de estos tumores tras la ligadura de los conductos galactóforos terminales. Se han publicado casos de aparición de fibroadenoma en pacientes tratadas con ciclosporina como inmunodepresión después de trasplante renal, discutiéndose si ello puede ser debido a efecto sobre el tumor de la droga, a alteración de la inmunidad o a otros procesos. La determinación de receptores de estrógenos en fibroadenomas ha puesto de manifiesto su presencia en un alto porcentaje y sobre todo de receptores de progesterona en un nivel más alto que en otros procesos. Algunos autores han descrito variaciones de estos receptores en relación al ciclo que aún no se ha podido demostrar. En una serie de fibroadenomas múltiples en los que se estudiaron los receptores en varios tumores de la misma paciente, se pudo ver que los niveles eran variables entre uno y otro tumor lo que induce a pensar que no estarían relacionados con una alteración hormonal dentro del cuadro de una mastopatía; además existe una diferencia

en el nivel de receptores cuando se compara el grupo de los fibroadenomas con el grupo de las mastopatías y del cáncer. La incidencia se calcula que entre un 7 % y un 12 % de pacientes que consultan en una clínica de mama, presentan fibroadenoma. Siendo el tercer tumor más frecuente después del carcinoma y del quiste. La presencia de fibroadenomas que podríamos denominar ocultos es más alta ⁽⁷⁾; Frantz los encuentra, aunque sea a nivel microscópico, en un 9 % de piezas de necropsia y Cheatle en un 20 % de piezas de mastectomía ⁽⁸⁾. La edad de presentación es un factor típico: empieza con las primeras menstruaciones, alcanza un máximo de incidencia a los 20 años y disminuye hacia los 30. Cuando se estudian las curvas de edad de incidencia del fibroadenoma y del quiste se ve una clara separación lo que permite asegurar que el factor edad; es el principal para un diagnóstico diferencial de una tumoración clínicamente benigna entre fibroadenoma y quiste.

El fibroadenoma tiene un crecimiento expansivo regular y como se verá en el estudio de la anatomía patológica, no presenta cápsula sino que entre su borde nítido y el tejido glandular

rechazado existe un plano de clivaje de utilidad quirúrgica. Su velocidad de crecimiento es lenta y se calcula un tiempo de duplicación entre 2 y 6 meses. Normalmente crece hasta alcanzar un tamaño de 2 cm o 3 cm, se detiene, admitiéndose que a partir de los 25 o 30 años no crece y se inician fenómenos de involución en forma de hialinosis y calcificación. Se acepta generalmente que los tumores diagnosticados después de esta edad ya estaban presentes anteriormente.

El fibroadenoma puede presentarse en el hombre, si bien hay que recordar que una tumoración mamaria verdadera en el hombre tiene una probabilidad de ser maligna mucho más elevada que en la mujer. Existen fibroadenomas en tejido ectópico especialmente en axila. Fibroadenoma múltiple se describe entre un 12 % a 20 % de casos. En el resto es una tumoración única. Consideramos fibroadenoma múltiple cuando existen varias tumoraciones bien identificadas sobre una glándula. Por ello debe diferenciarse este cuadro de la fibroadenomatosis; en la que la glándula es hiperplásica y nodular estando ocupada por formaciones que al estudio histológico no se diferencian del fibroadenoma, aunque clínica y radiológicamente no son tumoraciones tan concretas y prácticamente no existe glándula normal. De este cuadro se pasaría a la hiperplasia virginal, en que toda la glándula es homogénea, hiperplásica con una gran sensibilidad a los estrógenos que cursa con un cuadro de hipertrofia mamaria que debe ser diagnosticado antes de su tratamiento ^(9,10).

El fibroadenoma juvenil si bien histológicamente no presenta diferencia, la mayoría de autores aceptan esta forma clínica característica por presentarse antes de los 20 años una tumoración generalmente única de diámetro entre 10 cm y 20 cm, de crecimiento rápido que a veces cursa con estasis vascular y alteraciones cutáneas lo que lleva clínicamente a pensar en un tumor phyllodes o a veces en un sarcoma. Estos son muy raros en la edad juvenil. Fibroadenoma gigante vendría definido solo por el hecho de tener

un gran tamaño para unos autores superior a 5 cm y para otros a 8 cm. Su aspecto microscópico no presenta caracteres especiales y esta forma no es aceptada por muchos autores.

Las complicaciones pueden ser; infarto en períodos de crecimiento rápido y especialmente durante embarazo y lactancia pueden producirse problemas vasculares con áreas hemorrágicas y de necrosis que clínicamente provocan un crecimiento rápido a veces dolor y a veces induración con reacción de los tejidos de alrededor que puede asemejar un cáncer. Esta complicación es poco frecuente. Hay fibroadenomas que pueden presentar en su interior secreción láctea con crecimiento de tamaño más rápido y aparición de alguna cavidad. Esto se observa con la ingesta de anovulatorios hormonales ⁽¹¹⁾.

Para su diferenciación con los quistes el principal factor clínico es la edad y las exploraciones complementarias harán este diagnóstico con facilidad, especialmente la ecografía. En cuanto a la diferencia con otras tumoraciones de características clínicas y macroscópicas similares va a ser difícil por la poca frecuencia de las mismas y será el estudio anatomopatológico quien debe hacerlo. Lo importante es distinguir el fibroadenoma de lo que hemos denominado falsas tumoraciones clínicas, radiológicas, ecográficas y citológicas. En efecto, cualquiera de estos métodos puede llevar a confusión y hacer que se diagnostiquen como fibroadenomas nódulos glandulares sin ningún carácter específico. Dentro de este grupo se encuentran seguramente los casos descritos de remisión espontánea de los fibroadenomas o de curas con tratamiento médico ⁽¹²⁾.

Se acepta que el único tratamiento válido para el fibroadenoma es el tratamiento quirúrgico. Sin embargo, se plantea hoy la cuestión de si el fibroadenoma debe tratarse o no. En este sentido se ha establecido una auténtica polémica, lo primero que hemos de decir es que es imposible generalizar tanto la conducta terapéutica como la abstencionista. Revisaremos los pros y los

contras de los diversos argumentos: el principal argumento para la abstención terapéutica es la bajísima tasa de transformación maligna (inferior a la del resto de la glándula) y la posibilidad de un diagnóstico exacto por los métodos exploratorios actuales. Esto puede ser cierto especialmente en edad inferior a los 35 años pero a partir de aquí se describen tasas de error diagnóstico que varían entre el 1,3 % y el 6 % de tumores catalogados como fibroadenomas que resultaron neoplasias. Se ha hablado de la remisión de fibroadenomas con tratamiento médico especialmente con progestágenos basados en la alta cifra de receptores de progesterona que presentan estos tumores. Seguramente estos casos forman parte de los denominados falsos fibroadenomas puesto que tanto la clínica como la radiología y la citología pueden dar el diagnóstico de fibroadenoma ante nódulos inespecíficos. Por otra parte, la existencia de receptores de progesterona no indica en absoluto que tenga que haber ninguna respuesta al tratamiento hormonal, porque este receptor es un producto final del metabolismo celular y su bloqueo no explica la detención de ningún proceso de duplicación celular. Se han publicado trabajos que hablan de la remisión espontánea en el 31 % de los casos mientras que el 12 % disminuían, el 25 % no variaban y el 32 % aumentaban. Al faltar la comprobación histopatológica es fácil pensar que la remisión se ha producido en casos de falsas tumoraciones, sin embargo, este hecho, puede hacer aconsejar sobre todo en mujeres jóvenes un compás de espera de unos meses, para evitar operaciones inútiles. Un argumento a favor de la extirpación quirúrgica es la preocupación que la tumoración palpable causa en la mujer. En los trabajos publicados por grupos que defienden la abstención quirúrgica, se admite que pocas pacientes aceptan la no extirpación (entre el 7 % y el 21 %) y de estas, una proporción importante solicita la exéresis pasado un tiempo. El hecho de que aparezcan más fibroadenomas tras el tratamiento quirúrgico, también hace aconsejar la abstención quirúrgica. Hay que

tener en cuenta que si la técnica quirúrgica es correcta y no quedan restos de fibroadenoma o pequeños nódulos residuales en la cápsula no existe recidiva. Igualmente habrá de asegurarse antes de la operación de que no se trate de un fibroadenoma múltiple. Por este motivo en algunos casos puede aconsejarse establecer un compás de espera antes de la intervención, sobre todo en mujeres jóvenes. Teniendo en cuenta que el fibroadenoma es una enfermedad benigna, su tratamiento debe hacerse por un procedimiento totalmente estético, de manera que no originemos una cicatriz antiestética o retráctil o una fibrosis residual resultando un problema mayor del que intentamos tratar. Teniendo en cuenta todas estas consideraciones la recomendación es en general que el tratamiento del fibroadenoma es quirúrgico con una valoración previa de la paciente y con una técnica adecuada. A esta norma general puede haber excepciones en relación al tamaño del fibroadenoma y la edad de la paciente ⁽¹⁻⁸⁾.

En mujeres de menos de 30 años con tumoraciones no palpables que no presenten duda diagnóstica y que no preocupen a la paciente, no es necesario su tratamiento quirúrgico. En este caso hay que procurar no alarmar a la paciente ni someterla a controles excesivos, porque la abstención se debe basar en la seguridad de que aquel nódulo no plantea ningún problema y que por tanto la conducta con la paciente ha de ser como si no lo tuviera. En mujeres de más edad aunque la tumoración no sea palpable, debe asegurarse la ausencia de malignidad. Si existen exploraciones anteriores o no hay variación o bien aparece una calcificación progresiva, no habrá que actuar. Sin embargo, en nódulos que representan un hallazgo en mujeres de edad de riesgo de cáncer de mama debe practicarse por lo menos una citología necesariamente dirigida, para lo que será imprescindible en algunos casos la localización esterotáxica o más fácilmente ecográfica. Si la paciente con tumor palpable diagnosticado de fibroadenoma no desea su tratamiento quirúrgico, no existen tampoco razones para forzarla al mismo como

prevención de transformación maligna, siempre que no exista duda diagnóstica en la exploración complementaria.

La marca preoperatoria infra-mamaria es importante para identificar la línea apropiada



Figura 8. Modelo marcateje incisión.

de incisión. El paciente es colocado en la posición supina en el quirófano. El tamaño de la incisión es dependiente del tamaño y posición de la lesión. La incisión debería tener el tamaño suficiente como para reseca la lesión y tratando de reducir al mínimo el trauma al tejido mamario. Típicamente estas lesiones tendrán una pseudo-cápsula que los rodea. La disección es llevada hasta la cápsula. La visualización de la lesión puede ser mejorada usando un nuevo tractor alumbrado. Estas lesiones son en su mayoría muy irrigadas, por lo que debe tenerse el cuidado para identificar los vasos y nervios, realizando una adecuada hemostasia. Podría dejarse un dren, para evitar acumulación de fluidos, y se recomienda colocar el mismo lateral a la incisión o en el pliegue infra-mamario. El cierre ideal de la incisión es con sutura absorbible.

La disección a las lesiones debería ser anterior al tejido mamario. Esto reduce al mínimo la disección de los conductos y lobulillos, conservando la capacidad del tejido mamario para desarrollarse ⁽¹²⁾.

REFERENCIAS

1. Dolmans GH, Hoogbergen MM, van Rappard JH. Giant fibroadenoma of one breast: Immediate bilateral reconstruction. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2007;60(10):1156-1157.
2. Baxi M, Agarwal A, Mishra A, Agarwal G, Mishra SK. Multiple giant juvenile fibro adenoma of the breast. *Eur J Surg.* 2000;166(10):828-830.
3. Park CA, David LR, Argenta LC. Breast asymmetry: Presentation of a giant fibro adenoma. *Breast J.* 2006;12(5):451-461.
4. Wechselberger G, Schoeller T, Piza-Katzer H. Juvenile fibro adenoma of the breast. *Surgery.* 2002;132(1):106-107.
5. Simmons RM, Cance WG, Iacocca MV. A giant juvenile fibro adenoma in a 12-year-old girl: A case for breast conservation. *Breast J.* 2000;6(6):418-420.
6. Lee CJ, Kim YJ, Seo YT, Pak SJ, Lee SI. Treatment of multiple bilateral juvenile fibro adenomas in a teenage breast by central pedicle breast reduction, with vertical and short horizontal scar: Case report. *Aesthetic Plast Surg.* 2004;28(4):228-230.
7. Jacobs TW, Chen YY, Guinee DG Jr, Holden JA, Cha I, Bauermeister DE, et al. Fibro epithelial lesions with cellular struma on breast core needle biopsy: Are there predictors of outcome on surgical excision? *Am J Clin Pathol.* 2005;124(3):342-354.
8. Larsen WJ. Human embryology. En: Larsen W, editor. 3ª edición. Edimburgo: Churchill Livingstone; 2001. p.474-522.

-
9. Smith's J. Recognizable patterns of human malformation. En: Smith J, editor. 5ª. edición. Filadelfia:WB Saunders; 1997.p.302.
 10. Nydick M, Bustos J, Dole HJ Jr, Rawson RW. Gynecomastia in adolescent boys. JAMA. 1961;178:449-454.
 11. Nuttal FG. Gynecomastia as a physical finding in normal men. J Clin Endocrinol Metab. 1979;48(2):338-340.
 12. Simmons PS. Breast disorders in adolescent females. Curr Opin Obstet Gynecol. 2001;13(5):459-461.