



R E V I S T A M É D I C A  
**PANACEA**

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA. ICA, PERÚ

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"

p-ISSN 2223-2893

e-ISSN 2225-6989

VOLUMEN 13 NÚMERO 2

PUBLICACION CUATRIMESTRAL

MAYO - AGOSTO

2024

**REPORTE DE CASO:**

**Complicaciones severas de gigantomastia gestacional**

Report of a case: severe complications of gestational gigantomastia

**AUTORES:**

J. Llanto

R. Llanto

**REVISTAS.UNICA.EDU.PE**

INDEXADA EN:



Publicación cuatrimestral destinada a la difusión del conocimiento y producción científica en el campo de la salud por medio de la publicación de artículos de investigación, artículos de revisión, reporte de casos y cartas al editor.



# Complicaciones severas de gigantomastia gestacional

Report of a case: severe complications of gestational gigantomastia

J. Llanto<sup>1,2,3</sup>, R. Llanto<sup>4</sup>.

- 1. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional de Ica, Ica- Perú.
- 2. Docente de la Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional San Luis Gonzaga, Ica, Perú.
- 3. Grado de magister en Salud Pública. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8816-3634>

- 4. Estudiante de Medicina Humana Universidad Privada San Juan Bautista

DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v13i2.595>

## RESUMEN

La Gigantomastia Gestacional (GG) es una patología rara, caracterizada por un aumento excesivo e incapacitante del tejido mamario durante la gestación. Aunque generalmente benigna, puede resultar en severas complicaciones, especialmente en entornos de bajos recursos. Presentamos el caso de una mujer de 24 años, gestante, procedente del distrito de San Andrés-Pisco (Ica-Perú), católica, casada, con fórmula obstétrica G3P3003. Fue diagnosticada con gigantomastia gestacional con complicaciones severas debido a úlceras mamarias pleomórficas sangrantes bilaterales y tejido necrótico, sitio de focos infecciosos que no cedieron al tratamiento médico. Se realizó una mastectomía derecha simple posterior a la cesárea, además de curaciones periódicas y antibioticoterapia para la mama izquierda.

**Palabras clave:** Gigantomastia gestacional, complicaciones.

## ABSTRACT

Gestational Gigantomastia (GG) is a rare pathology, characterized by an excessive and disabling increase in breast tissue during pregnancy. Although generally benign, it can result in severe complications, especially in low-resource settings. We present the case of a 24-year-old pregnant woman from the district of San Andrés-Pisco (Ica-Peru), Catholic, married, with obstetric formula G3P3003. She was diagnosed with gestational gigantomastia with severe complications due to bilateral bleeding pleomorphic breast ulcers and necrotic tissue, site of infectious foci that did not yield to medical treatment. A simple right mastectomy was performed after cesarean section, along with periodic dressings and antibiotic therapy for the left breast.

**Key words:** Gestational, gigantomastia, complications.

## INTRODUCCIÓN

La Gigantomastia Gestacional (GG), también denominada macromastia o hiperplasia mamaria del embarazo, es una patología poco común caracterizada por un aumento excesivo e incapacitante del tejido mamario durante el embarazo<sup>1</sup>. Su incidencia es de aproximadamente 1 en 100,000 embarazos<sup>2</sup>.

La etiología de la GG es desconocida, pero se clasifica en varios tipos: gigantomastia juvenil (factor hormonal), gigantomastia gestacional (cambios hormonales subyacentes), gigantomastia inducida por drogas (D-penicilamina, ciclosporina), gigantomastia autoinmune y gigantomastia idiopática. Los factores de riesgo parecen incluir multiparidad, raza caucásica y antecedentes de gigantomastia gestacional<sup>2</sup>.

La edad media de presentación es de 28,79 años, siendo más frecuente durante el primer trimestre. La sintomatología principal es el aumento rápido bilateral de las mamas. La bromocriptina es el tratamiento médico más utilizado, mientras que la reducción mamaria bilateral es la cirugía más empleada<sup>3</sup>.

La GG puede presentarse en gestantes con antecedentes de fenómenos autoinmunes como tiroiditis autoinmunes<sup>4</sup>, lupus eritematoso sistémico<sup>5</sup> y angiomasosis dérmica difusa<sup>6</sup>. En cuanto a la etiopatogenia, la gigantomastia no está causada por un aumento de la expresión de receptores de estrógeno  $\alpha$  (ER $\alpha$ ) y receptor de progesterona (PR), pero el análisis de la sensibilidad anormal de estos receptores puede ser crucial para establecer el mayor riesgo de cáncer de mama en estas pacientes<sup>7</sup>.

El tratamiento de la GG puede incluir un manejo médico interdisciplinario<sup>8</sup>, aunque el tratamiento quirúrgico, como las mastectomías bilaterales con injerto areola-pezones y posterior reconstrucción mamaria, parece ser la mejor opción en muchos casos<sup>9</sup>. Entre las complicaciones más graves se encuentran el sangrado severo por úlceras mamarias, que puede llevar a un shock hemorrágico y requerir transfusiones sanguíneas<sup>10</sup>, así como la miocardiopatía séptica, que puede necesitar mastectomías bilaterales de urgencia y antibioticoterapia<sup>11</sup>.

Presentamos este caso de Gigantomastia gestacional debido a su baja frecuencia y las complicaciones severas que pueden surgir en entornos de bajos recursos.

### Presentación del caso

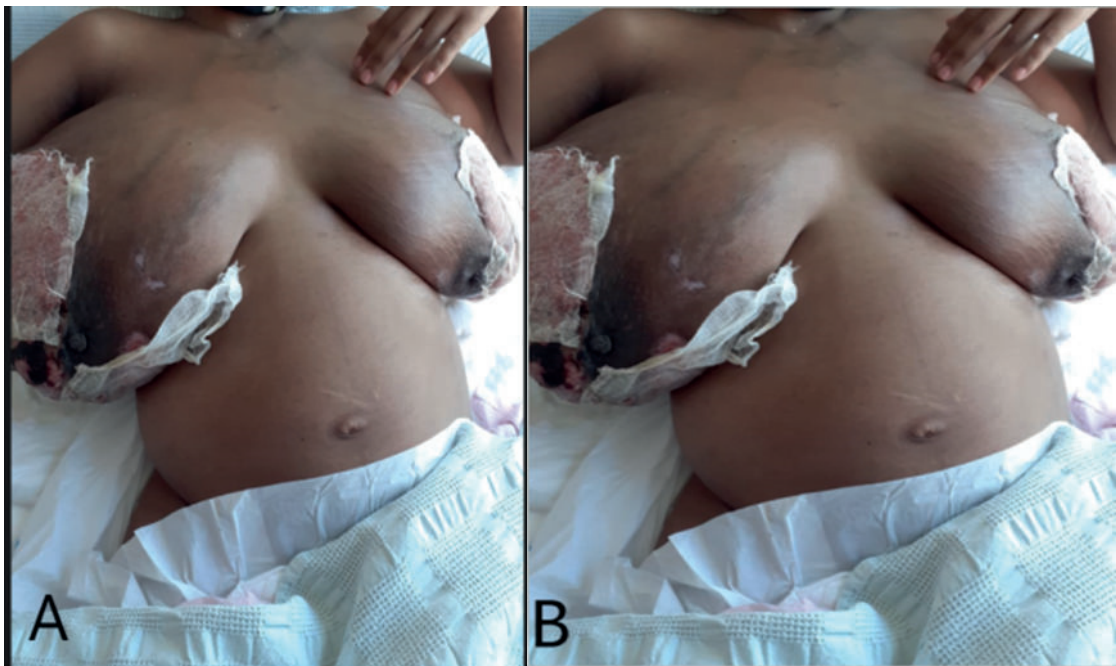
Paciente gestante de sexo femenino de 24 años de edad, procedente del distrito de San Andrés-Pisco (Ica-Perú), de religión católica, estado civil casada, con fórmula obstétrica G3P3003. Menarquia a los 13 años, régimen catamenial 4/30, inicio de relaciones sexuales a los 17 años, número de parejas sexuales 01, método anticonceptivo hormonal inyectable trimestral. Sus embarazos anteriores transcurrieron sin incidentes, sin antecedentes fisiológicos, patológicos y familiares de interés.

La enfermedad actual data de hace 8 meses aproximadamente, con inicio insidioso y curso progresivo. La paciente refiere que fue percibiendo agrandamiento de su mama derecha y luego izquierda con eritema, dolor y múltiples ulceraciones como resultado de la necrosis por presión, con presencia de sangrado, ligero mal olor y grietas que se extendieron casi por toda la superficie de la piel de ambas mamas. Asimismo, la paciente presentaba dolor de espalda y cuello.

Al examen físico presenta los siguientes signos vitales: PA: 100/60 mmHg, FC: 82 x minuto, FR: 16x minuto, T: 36.5 °C, PSO2: 95%, Peso: 70 Kg, Talla: 164 cm. Al examen físico general, la paciente se encuentra en regular estado general, nutrición e hidratación, con motilidad conservada, ventilando espontáneamente y colaboradora a la entrevista.

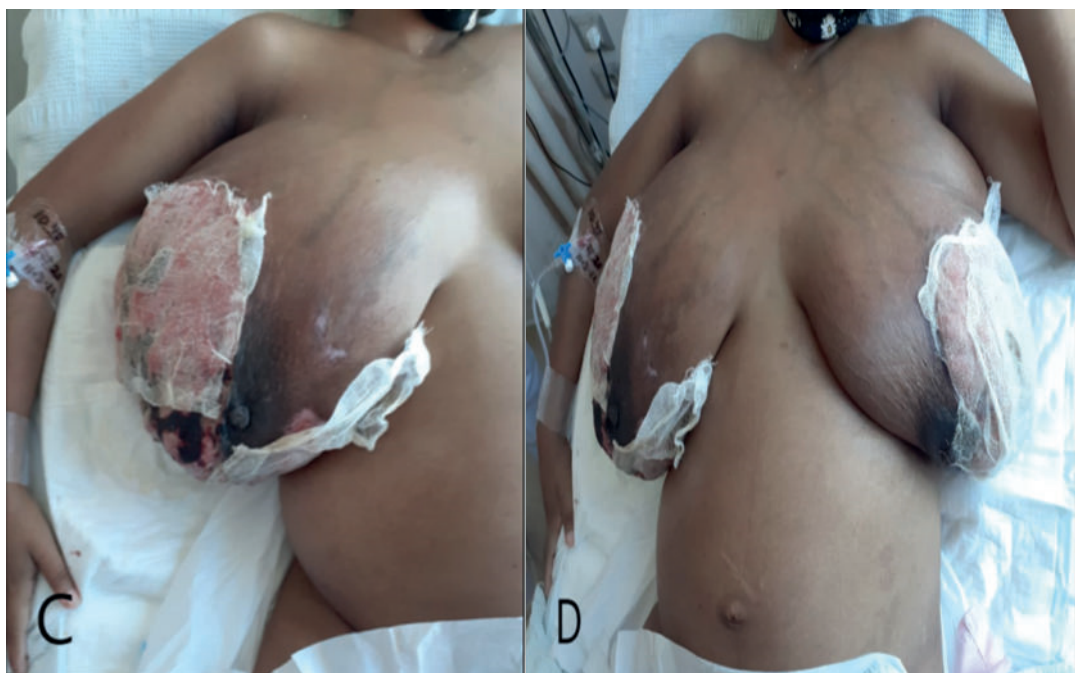
Al examen físico regional

- Cabeza: normocéfala, cabellos de buena implantación.
- Cuello: cilíndrico y simétrico, no ingurgitación yugular, no adenopatías palpables.
- Tórax: se observan mamas aumentadas de tamaño bilateralmente:
- Mama derecha: incrementada de volumen, consistencia semidura de 40 cm de diámetro, con úlceras pleomórficas, esfacelaciones, tejido necrótico y sangrado que abarcan el 95% de su cuadrante superior externo, 50% de su cuadrante superior interno, 20% cuadrante inferior interno y 30% de cuadrante inferior externo (figura 1. A,B).



**Figura 1.** A y B hallazgos clínicos de gigantomastia gestacional.

- Mama Izquierda: incrementada de volumen, consistencia semidura de 35 cm de diámetro, con heridas, ulceraciones, tejido necrótico, costrosas y sangrantes, con 85% de cuadrante superior externo, 35% cuadrante superior interno, cuadrante inferior externo e interno sin lesiones (figura 1. C,D).



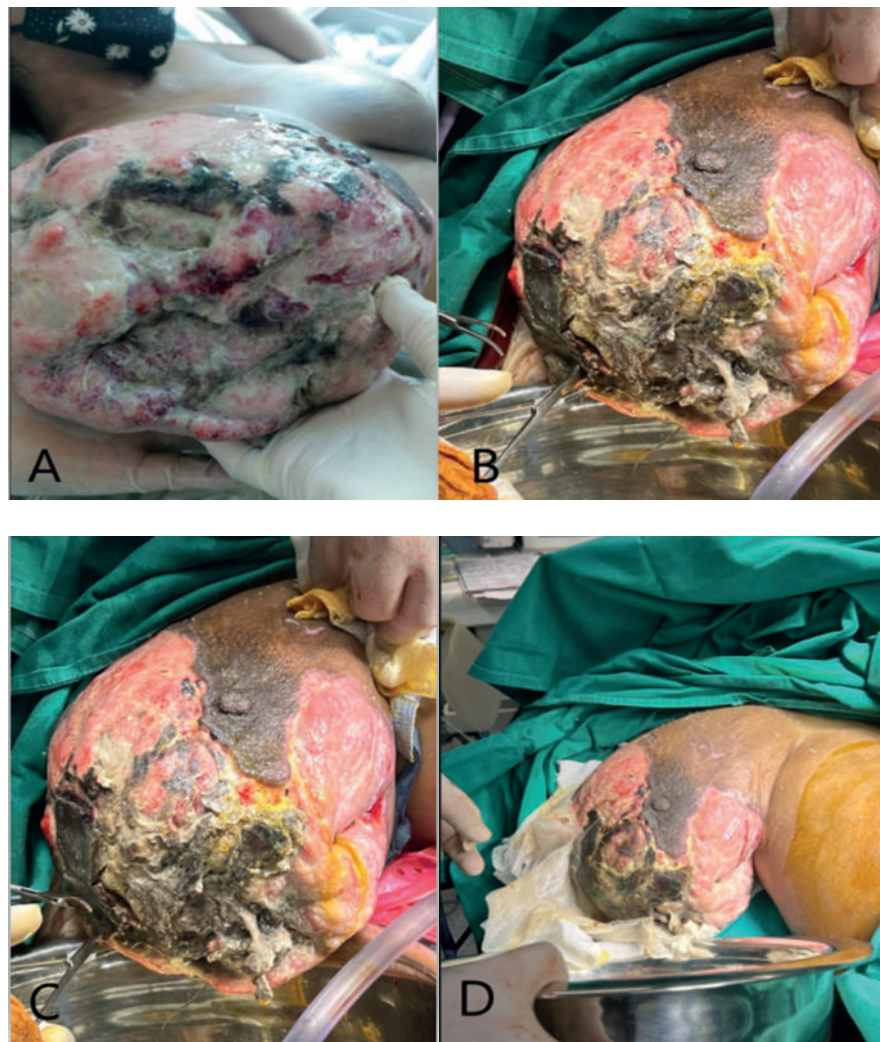
**Figura 1.** C y D hallazgos clínicos de gigantomastia gestacional.

- Aparatos cardiorrespiratorios: sin alteraciones.  
- Abdomen: altura uterina: 31 cm, feto en LCD, LCF: 130x min.  
- Aparato genitourinario: genitales externos normales, al tacto vaginal cérvix cerrado posterior, útero gestante, pelvis ginecoide.

La paciente ingresa por el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica con el siguiente diagnóstico: Gigantomastia gestacional bilateral + gestación de 36 semanas por FUR + D/C RCIU. Se establece el siguiente plan de tratamiento: cobertura antibiótica, marcadores inflamatorios (PCR, VSG), estudios bioquímicos, ultrasonografía, RMN, estudios de biopsia y pruebas de bienestar fetal.

Se programa a sala de operaciones para una cesárea por pérdida de bienestar fetal + RCIU + gestación de 36 semanas + infecciones mamarias bilaterales. Nace un producto femenino con Apgar 9 al minuto y 9 a los 5 minutos, acorde a la edad gestacional.

Una semana después, se ingresa nuevamente a sala de operaciones con diagnóstico de gigantomastia gestacional + necrosis casi total de mama derecha y parcial izquierda para cura quirúrgica. Debido a las complicaciones y evolución desfavorable, se ingresa nuevamente a sala de operaciones 3 días después con diagnóstico de necrosis de mama derecha para mastectomía simple de dicha mama (fig. 2. A, B, C y D).



**Figura 2.** A, B, C y D hallazgos clínicos de las complicaciones de gigantomastia gestacional.

## DISCUSIÓN

Es importante establecer si la Gigantomastia gestacional es una patología mamaria aislada o parte de un síndrome con otras manifestaciones sistémicas autoinmunes para considerar el tratamiento multidisciplinario<sup>12</sup>. En nuestro caso, parece haber sido una gigantomastia gestacional aislada.

La gigantomastia gestacional afecta a fetos de ambos sexos por igual<sup>3</sup>. En nuestro caso, el producto fue femenino.

Se han asociado varios factores de riesgo como multiparidad, raza caucásica y antecedentes de gigantomastia gestacional<sup>2,3</sup>. En nuestro caso, la paciente era múltipara y de raza mestiza.

La edad media de presentación de la GG es de 28,79 años<sup>3</sup>, mientras que nuestra paciente tenía 24 años.

El trimestre de inicio más frecuente es el primero<sup>3</sup>, lo cual coincide con nuestro caso.

La sintomatología más frecuente es el crecimiento rápido bilateral del tamaño de las mamas<sup>3</sup>, lo cual también se observó en nuestra paciente.

La GG puede asociarse con hipercalcemia, vinculada con la proteína relacionada con la hormona paratiroidea (PTHrP)<sup>13</sup>. En nuestro caso, los niveles de calcio fueron normales.

Aunque la GG puede ser unilateral<sup>14</sup>, en nuestro caso fue bilateral.

Las complicaciones de la GG pueden incluir úlceras mamarias bilaterales hemorrágicas y ser foco infeccioso para una sepsis severa, requiriendo en algunos casos mastectomía bilateral<sup>15</sup>. En nuestro caso, se presentaron complicaciones similares, pero el tratamiento se limitó a una mastectomía simple derecha, conservándose la mama izquierda.

Aunque la GG también se presenta en primigrávidas y en el tercer trimestre<sup>16</sup>, nuestra paciente era múltipara y los síntomas se iniciaron en el primer trimestre.

En casos graves, se ha reportado la interrupción precoz del embarazo con recuperación espontánea<sup>17,18</sup>. En nuestro caso, el embarazo se interrumpió a las 36 semanas por causas obstétricas, obteniéndose un producto sano.

Las características ecográficas de la GG juegan un papel importante en el diagnóstico primario, diagnóstico diferencial y seguimiento dinámico de las pacientes<sup>19</sup>. En nuestro caso, aunque se realizaron estudios ecográficos, la poca experiencia con esta rara patología no permitió un seguimiento adecuado.

La GG puede tener complicaciones potencialmente mortales, con una tasa de mortalidad reportada del 2%. Las opciones de tratamiento son limitadas y la cirugía está cobrando importancia, aunque a menudo no es factible en entornos con pocos recursos<sup>20</sup>. En nuestro caso, aunque hubo complicaciones severas, afortunadamente no hubo un desenlace fatal.

## CONCLUSIONES

La Gigantomastia Gestacional es una condición rara pero potencialmente grave que requiere un manejo multidisciplinario. Este caso destaca la importancia de un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno para prevenir complicaciones severas. En entornos de bajos recursos, el manejo puede ser particularmente desafiante, subrayando la necesidad de mejorar el acceso a atención especializada y recursos médicos avanzados. Se requiere más investigación para comprender mejor la etiología de esta condición y desarrollar estrategias de tratamiento más efectivas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Morera P. Gigantomastia gestacional. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 2016;73(619):199-203.
- Türkan H, Gökgöz M, Tasdelen I, HZ D. Gestational gigantomastia. *J Breast Health*. 2016;12(2):86-87.
- Alhindi N, Mortada H, Alzaid W, Al Qurashi AA, Awan B. A systematic literature review of the clinical presentation, management, and outcome of gestational gigantomastia in the 21st century. *Aesthetic Plast Surg*. 2023;47(1):10-29.
- Biancha-Vasco JM, Muñoz P AL, Gómez J, Rios-Serna LJ, Ruiz-Ordoñez I, Tobón GJ, et al. Idiopathic gigantomastia exacerbated during pregnancy. Its relationship with autoimmunity: A case report. *Int J Rheum Dis*. 2023;26(12):2567-71.
- Mohan V, Singla A, Agarwal R. Gestational gigantomastia: The sentinel event to systemic lupus erythematosus. *Obstet Med*. 2023;1753495X2311738.
- Young KZ, Briones NF, Pedersen EA, Fullen D, Wang F. Diffuse dermal angiomas associated with gestational gigantomastia. *JAAD Case Rep*. 2023;31:49-52.
- Kasielska-Trojan A, Danilewicz M, Strużyna J, Bugaj M, Antoszewski B. The role of oestrogen and progesterone receptors in gigantomastia. *Arch Med Sci*. 2019.
- Cabrera C, Radolec M, Prescott A, De La Cruz C, Beck S. Interdisciplinary approach for the medical management of gestational gigantomastia. *AJP Rep*. 2020;10(03):304-8.
- Qin F, Si L, Zhang H, Zhang M, Zeng A, Long F, et al. Management of gestational gigantomastia with breast reconstruction after mastectomy: case report and literature review. *J Int Med Res*. 2020;48(6):030006052092046.
- Saha S. Gestational gigantomastia with massively haemorrhagic ulcers. *Postgrad Med J*. 2022;98(1156):151-2.
- Hassayoune N, Mhallem Gziri M, Lentini A, Chrelias T, Hammer J, Berlière M, et al. Severe gestational gigantomastia: From mastectomy to staged autologous breast reconstruction. A case report. *JPRAS Open*. 2021;29:65-70.
- Mahabbat N, Abdulla A, Alsufayan F, Alharbi A, Rafique A, Alqahtani M, et al. Gestational gigantomastia on a Saudi woman: A case report on surgical removal and reconstruction and management of complications, KFSH&RC. *Int J Surg Case Rep*. 2020;77:157-60.
- Winter EM, Appelman-Dijkstra NM. Letter to the editor: "gestational gigantomastia complicated by PTHrP-mediated hypercalcemia". *J Clin Endocrinol Metab*. 2019;104(5):1440-1440.
- Rutherford CL, Hsieh MKH, Tan H-M, Tsoon M, Kong T-Y. A rare case of persistent unilateral gestational gigantomastia. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2019;7(8):2372.
- Diallo AC, Ba MB. Un caso de gigantomastie gravidique bilatérale. *Pan Afr Med J*. 2019;32.
- Poojari VG, Upadhyay R, Pai MV, Ramachandra L, Monappa V. Gestational gigantomastia: Challenges in management and follow up. *J Clin Diagn Res*. 2018.
- Bukhari SS, Manan H, Khan MM, Raza SS. Resolution of gestational gigantomastia with termination of pregnancy. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2018;30(2):298.
- Dharini, Venkataram T, Raghuprakash S. Gestational gigantomastia with spontaneous resolution in an Indian woman. *BMJ Case Rep*. 2018;bcr-2017-224009.
- Sencha SAN, Gus GAI, Rodionov RVV, Shmakov SRG, Bikeev Yu BYV, Kometova KVV, et al. Gigantomastia: clinical cases, ultrasound characteristics. *Akush Ginekol (Mosc)*. 2018;1\_2018:113-20.
- Rakislova N, Lovane L, Fernandes F, Gonçalves E, Bassat Q, Mocumbi S, et al. Gestational gigantomastia with fatal outcome. *Autops Case Rep*. 2020;10(4).



### Correspondencia:

Nombre: José Llanto Canchos  
Teléfono: (+51) 945 018 845  
Correo electrónico: jose.llanto@unica.edu.pe

### Contribuciones de autoría:

Todos los autores han contribuido en la concepción, redacción de borrador- redacción del manuscrito final, revisión y aprobación del manuscrito.

### Conflicto de intereses:

no existen conflictos de intereses del autor o autores de orden económico, institucional, laboral o personal.

### Financiamiento:

Autofinanciado.

### Cómo citar

J. Llanto, R. Llanto. Complicaciones severas de gigantomastia gestacional. *Rev méd panacea* 2024;13(2): 78-83.

DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v13i2.595>