

# FIBROMATOSIS MAMARIA, ENTIDAD BENIGNA AUNQUE AGRESIVA

Jesús María Salas Álvarez <sup>1</sup> ; Dionisio Espinosa Jiménez <sup>2</sup> ; Jennifer Illana Wolf <sup>2</sup> ; Isabel Triviño Ramírez <sup>2</sup> ; Pilar Moreno Paredes <sup>2</sup> ; Diego Alejandro Utor Fernández <sup>2</sup> ; Isabelo Serrano Borrero <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario de Puerto Real; <sup>2</sup> Hospital Universitario Puerta del Mar

## Objetivos:

La fibromatosis mamaria (FM) es una entidad tumoral benigna localmente infiltrativa y frecuentes recidivas cuyo tratamiento es quirúrgico. Aquí se muestra el manejo conjunto entre Cirugía Torácica y Plástica del HUPM de una patología infrecuente y agresiva en una paciente joven sin patología sistémica asociada.

## Material y métodos

Paciente de 17 años sin alergias, mamoplastia bilateral en 2013 por asimetría mamaria y complicaciones locales en el postoperatorio inmediato. En junio de 2016 se diagnostica de fibroadenomiomatosis retromamaria izquierda con contractura capsular. Cirugía en octubre de 2016, identificando tumoración dura bajo el implante con afectación costal. Se reseca parcialmente la lesión y cara anterior de parrilla costal con resultado anatomopatológico compatible con FM. En enero de 2017 se realiza TC de control con cambios postquirúrgicos junto a imagen nodular en CII de MI con efecto masa sobre prótesis. Se realiza TC en junio de 2017, visualizando extensa lesión en MI, posteroinferior y medial a prótesis de 100x38x88mm, sin plano de separación con pared, superficie protésica ni con piel, la cual está engrosada. No otras alteraciones. Cirugía Torácica junto a Cirugía Plástica decide intervenir. En el momento de la cirugía, presenta asimetría mamaria con MI lateralizada y tumoración indurada en CII con edema local. Se reseca 4º, 5º y 6º arco costal en bloque junto a tumoración (Fig.1) y reconstrucción con prótesis de titanio ancladas al esternón en medial y a extremos de arcos costales en lateral (Fig. 2). Disección de colgajo dorsal ancho y transposición anterior para cobertura del defecto torácico y protésico. Se coloca expansor de 300 ml (Fig. 3).

## Resultados

Tras la cirugía la paciente evoluciona bien con control de dolor y escaso contenido serohemático en drenajes de tórax, dorsal y MI. La paciente es dada de alta al séptimo día tras cirugía.

## Conclusiones

La FM es infrecuente, con incidencia > 0,2% de los tumores de mama. Se presenta en de 14 a 80 años y casos aislados en varones. Clínica y radiológicamente simula carcinoma con agresividad local y recidiva tumoral. El diagnóstico es histológico y el tratamiento quirúrgico amplio. En relación con traumatismos previos, mastopatía diabética y antecedentes de poliposis adenomatosa familiar o tumores mesenquimatosos por posibles alteraciones en la vía de la catenina beta. La literatura es limitada por ser una entidad rara y en pocos casos requiere abordaje torácico. Quizá en este caso por controles radiológicos cada seis meses, se originó demora diagnóstico-terapéutica, lo que obligó una técnica agresiva.

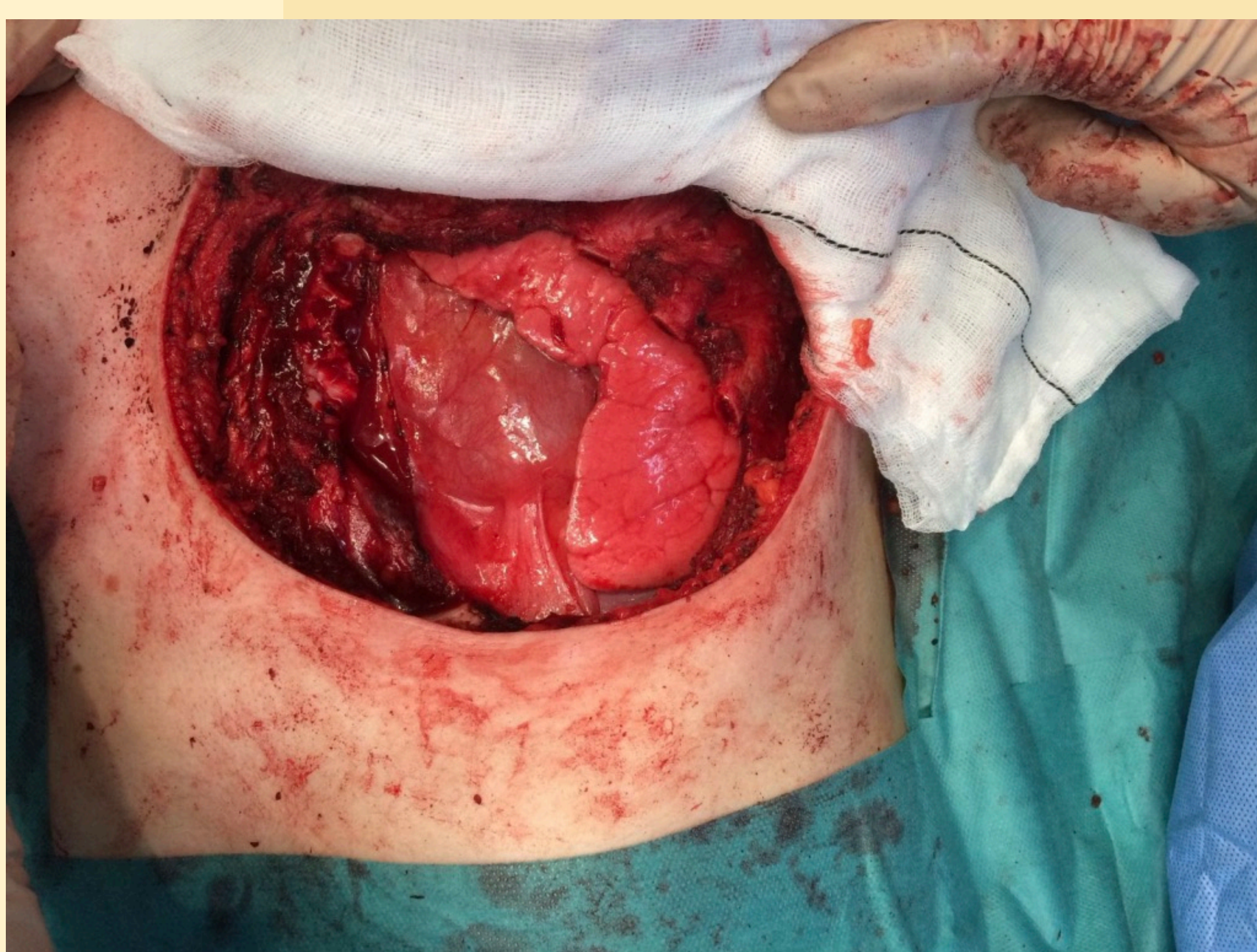


Fig. 1

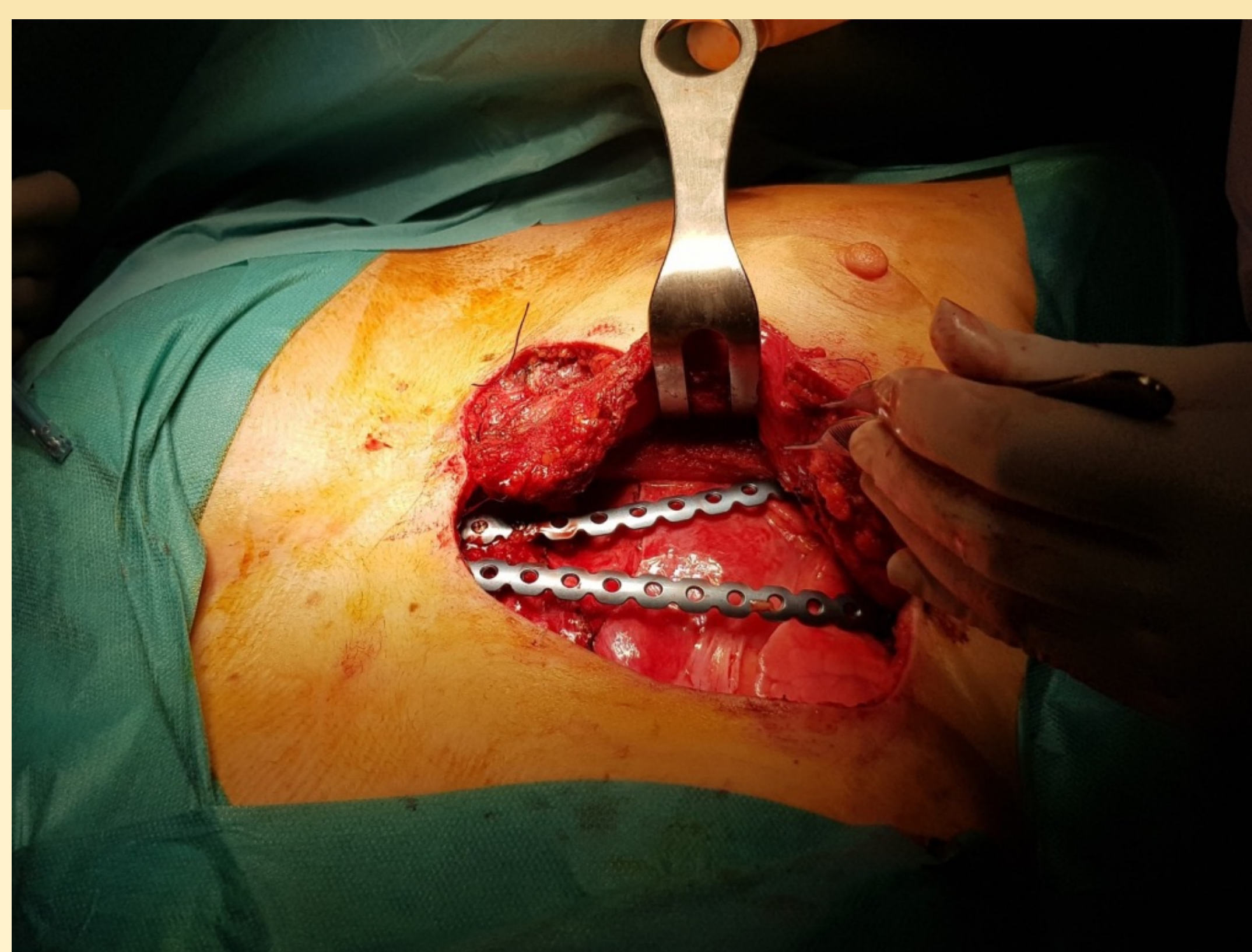


Fig. 2



Fig. 3