Descargado el: 21-11-2026 ISSN 1727-897X

PRESENTACIÓN DE CASO

Quiste gigante de mama. Presentación de un caso

Giant Breast Cyst. A Case Report

Miriam Magaly González González del Pino[1] Niurys González Cano[1] Martha G. González González[1]

[1] Policlínico Universitario. Área II, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
González-González-del-Pino M, González-Cano N, González-González M. Quiste gigante de mama. Presentación de un caso. **Medisur** [revista en Internet]. 2013 [citado 2026 Nov 21]; 11(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2309

Resumen

El cáncer mamario en la mujer se encuentra dentro de las tres primeras causas de muerte en el mundo y en nuestro país ocupa, en las últimas estadísticas, el primer lugar. Se presenta el caso de una mujer de 94 años de edad, que falleció en el Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguia Lima, de Cienfuegos, con el diagnóstico de neoplasia maligna de mama con metástasis, cuya necropsia fue realizada el día 7 de noviembre del 2009 y en la que se constató la presencia de quiste gigante benigno, a partir de lo cual se elaboró el presente informe.

Palabras clave: quiste mamario, neoplasias de la mama, metástasis de la neoplasia

Abstract

Breast cancer in women is among the top three causes of death in the world and in our country it is, according to the latest statistics, in the first place. We report the case of a woman aged 94, who died at the Dr. Gustavo Aldereguia Lima General University Hospital of Cienfuegos, with a diagnosis of breast malignancy with metastases. The autopsy, was conducted on November 7, 2009 and it confirmed the presence of giant benign cyst, from which this report was prepared.

Key words: breast cyst, breast neoplasms, neoplasms metastasis

Aprobado: 2013-02-06 08:39:22

Correspondencia: Miriam Magaly González González del Pino. Policlínico Universitario. Área II. Cienfuegos. mmg@gal.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La mama le fue dotada por la naturaleza a la mujer con el fin de amamantar a la prole. Al igual que en otros muchos mamíferos, es asiento de enfermedades tanto benignas como malignas. Durante el ciclo menstrual la glándula mamaria crece y decrece por el estimulo del estrógeno y la progesterona que actúan sobre los elementos intralobulillares de la mama.[1,2]

Después del tercer decenio, comienzan a disminuir el estroma extralobulillar, los conductos y lobulillos y aumenta en compensación el tejido adiposo.

La mama femenina tiene un mayor volumen que la mama masculina y por ello tiene mayor predisposición a las diferentes enfermedades que pueden ser benignas o malignas, agudas o crónicas. Por suerte son más frecuentes las lesiones benignas que las malignas. El cáncer mamario en la mujer se encuentra dentro de las tres primeras causas de muerte en el mundo y en nuestro país ocupa, en las últimas estadísticas, uno de los primeros lugares.[1,3]

Debido a las diversas entidades que pueden aparecer en esta glándula, se ha hecho necesario incrementar el estudio clínico, epidemiológico, de medios diagnósticos y anatomopatológicos para confirmar y tratar el cáncer mamario, por la posible confusión clínica de lesiones benignas y malignas.[1]

Los trastornos benignos incluyen: infecciones, quistes simples o aislados, enfermedad fibroquística o displasia fibroquística, fibroadenomas, papilomas intraductales, mastitis aguda, abscesos, ectasia de conductos mamarios con secreción por el pezón e infección acompañados de dolor y la necrosis traumática de la grasa, entre los más frecuentes.

El tumor philodes o filodes de la mama puede tener morfología benigna y comportarse de esta forma, aunque algunos muestran comportamiento benigno y una morfología que indica malignidad. Las lesiones tumorales malignas incluyen además el papiloma intraductal, el carcinoma ductal o lobular con su variante de enfermedad de Paget, el carcinoma lobulillar y otros tipos menos frecuentes como el carcinoma medular y el carcinoma coloide o mucinoso.[1-5]

De forma general, las lesiones benignas están acompañadas de formación de quistes que pueden ser palpados fácilmente o ser hallazgo de necropsias, entre un 60 y 80 % de los casos. Estos quistes se presentan como un abultamiento visible en la mama, generalmente doloroso, motivo por el cual acuden las pacientes al médico.[6-14]

La necrosis grasa de la mama, frecuente en esta glándula por presentar abundante tejido adiposo y ser voluminosa, puede confundirse con una lesión tumoral benigna o maligna de la mama y ha sido motivo frecuente de intervenciones quirúrgicas. En ellas aparecen focos de hemorragia con reacción inflamatoria y necrosis central. En el proceso de reparación aparece una proliferación de fibroblastos, linfocitos y macrófagos. El final del proceso de reparación puede ser una cicatrización y calcificación distrófica, o dejar como secuela un quiste delimitado por tejido colágeno en cuyo caso es una lesión unilateral.[1,4,12,15]

Como resultado de la hemorragia ocasionada por el trauma al formarse un quiste, puede contener líquido serohemático retenido. La consistencia de la mama con un quiste puede ser firme, dura a tensión, movible, no adherida a planos profundos y la piel no muestra el aspecto de corteza de naranja, ni hay retracción del pezón.

El cáncer de mama es raro antes de los 25 años de edad, aumenta con la edad y es más frecuente alrededor de la menopausia.

En el caso del carcinoma lobulillar, clínicamente se observa la mama aumentada de volumen, de forma irregular, puede ser bilateral y a la palpación tiene una consistencia dura, a veces pétrea; por la invasión de la piel hay retracción del pezón, areola con aspecto de corteza de naranja y a la movilización se siente adherida a planos profundos.

La utilización de los medios diagnósticos como la mamografía, la punción por aspiración con aguja fina, entre los más importantes, puede llegar al diagnóstico de cáncer mamario o de una lesión benigna, como un quiste.[1,8,9,12]

Por tales razones se decidió la presentación del caso de una mujer de 94 años de edad, que falleció en el Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguia Lima, de Cienfuegos, con el diagnostico de neoplasia maligna de mama con metástasis, cuya necropsia fue presenciada por la autora principal y en la que se constató la

presencia de quiste gigante benigno.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 94 años de edad, de color de piel negra, femenina, de procedencia urbana, jubilada. Hipertensa desde hacía 50 años, para lo que llevaba tratamiento médico; cardiopatía hipertensiva diagnosticada hacía 35 años, con ingresos anteriores por descompensación de su enfermedad. Acudió al cuerpo de guardia el día 4 de noviembre del 2009 en horas de la noche por presentar disnea intensa y cifras de tensión arterial de 200/140 mmHg.

Al examen físico se observó el aumento de volumen de la mama derecha. Los familiares refirieron el aumento de volumen rápido de la mama derecha desde hacía dos o tres meses y que por su mal estado general no había acudido al médico.

Fue ingresada con el diagnóstico de carcinoma de mama con metástasis pulmonar en fase terminal e insuficiencia cardiaca descompensada.

Antecedentes personales de enfermedad:

Hipertensión arterial, desde aproximadamente 50 años.
Insuficiencia cardiaca, desde aproximadamente 35 años.
Cardioangioesclerosis.
Tumoración de mama de aproximadamente 3 meses de evolución.
Hábitos tóxicos: ex-fumadora inveterada de 1 cajetilla diaria.
No alcohol.
Café: dos o tres tazas diarias.

Antecedentes familiares de enfermedad:

Padre (muerto): hipertenso, cardiopatía isquémica, diabetes mellitus.
Madre (muerta): insuficiencia respiratoria crónica, asmática desde niña.

La paciente fue ingresada en la sala 12-A de Medicina Interna, con disnea, tiraje intercostal, murmullo vesicular disminuido en ambas bases pulmonares. Cifras de tensión arterial de 200/140 mmHg. El examen físico general restante fue negativo, mostraba panículo adiposo aumentado de volumen.
Se observó una tumoración de tamaño considerable de la mama derecha de consistencia dura. (Figura 1).

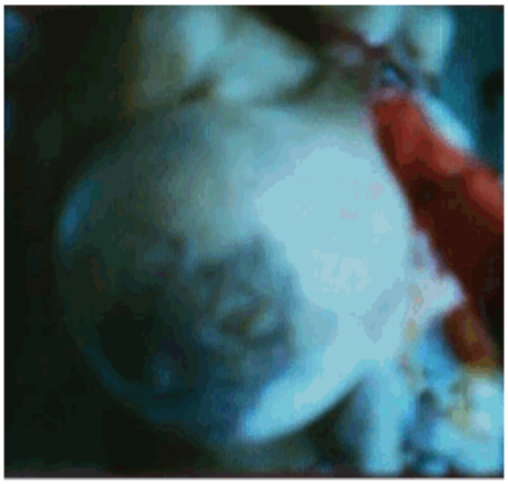


Figura 1. Imagen que muestra aumento de volumen de la mama derecha.

Se indicaron los exámenes complementarios habituales, cuyos resultados no se encontraban en la historia clínica por haber fallecido antes que estuvieran listos.

Se indicó un ultrasonido de mama el cual se

encontraba pendiente, no decidieron tomar muestra para biopsia, considerándola en etapa terminal, además de la edad de la paciente y el cuadro clínico de insuficiencia cardiaca descompensada.

La paciente, al tercer día de ingresada, a pesar del tratamiento administrado en sala para la hipertensión y descompensación cardiaca, se mantuvo con una evolución tórpida, sufrió paro cardio-respiratorio y falleció en sala a las 8:25 am del día 7 de noviembre del 2009, con tres días de estadía.

Fue llevada al departamento de Anatomía Patológica donde se realizó necropsia y se constató lo siguiente:

Cadáver de mujer anciana de color de piel negra, longílinea con panículo adiposo aumentado. Pelo canoso escaso. Aumento de volumen de la mama derecha de consistencia dura, no pétrea, a tensión, de aproximadamente 21 x 12 x 12 cm. Piel distendida, lisa, areola distendida de aproximadamente 6 cm de diámetro, pezón conservado, aplanado. Mama izquierda pequeña sin alteraciones macroscópicas.

A la apertura del cadáver se observó cavidad torácica y abdominal sin alteraciones, órganos torácicos y abdominales bien situados sin alteraciones macroscópicas.

A la inspección de la mama derecha no se observaron alteraciones compatibles con neoplasia maligna. Se procedió a tomar muestra de la misma y salió a tensión un líquido serohemático no fétido, se vació la cavidad y se observó una pared irregular de color blanco rojizo con abundante material de sangre coagulada adherida a la pared del quiste. Se tomó muestra de la pared. (Figura 2).



Figura 2. Imagen que muestra la mama derecha después de evacuado el quiste.

Causa directa de la muerte: insuficiencia cardiaca descompensada (clínica).

Causa básica de la muerte: hipertensión arterial. Cardioangioesclerosis severa.

Causa contribuyente de la muerte: arteriosclerosis severa generalizada de la aorta y sus ramas.

Otros diagnósticos anatomopatológicos:

- Atelectasia pulmonar severa, enfisema congestivo.
- Congestión hepato-esplénica, hígado de estasis, pasivo-crónico.
- Nefroangioesclerosis hialina.
- Quiste hemorrágico gigante solitario en mama derecha, no malignizado.
- Pared fibroquística con hemosiderófagos en la

luz.

Observaciones (epicrisis):

- No diagnóstico histológico de cáncer mamario.
- No piel en corteza de naranja.
- No retracción del pezón.
- Piel lisa.
- Quiste de mama derecha a tensión.

DISCUSIÓN

No todas las lesiones tumorales están relacionadas con el cáncer, el estudio clínico y de medios diagnósticos, incluyendo la anatomía patológica, son esenciales para un diagnóstico de certeza.

En la presentación de este caso se hace referencia a un quiste gigante de la mama en el que, aunque no se tiene el dato de una lesión traumática, por la evolución, la edad de la paciente, el aspecto macro y microscópico, se puede sugerir fue producto de dicha lesión y no de otra enfermedad.

Después de haber realizado una búsqueda bibliográfica de quiste solitario gigante benigno de la mama, solo se encontró el reporte de una mujer de 37 años en Estados Unidos de Norteamérica, que mostró un quiste en la mama, de crecimiento rápido, que medía 17 x 16 x 16 cm, diagnosticado como un quiste benigno, pero la confirmación de la punción por aguja fina reveló el diagnóstico de carcinoma mamario, confirmado por biopsia.[12]

Si bien el quiste de la mama no fue una causa directa, básica, ni contribuyente de la muerte en este caso, realizar el diagnóstico correcto en vida hubiera permitido dar un enfoque clínico diferente, con otro pensamiento científico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Contran RS, Kumar V, Collons T. Robbins. Patología Estructural y Funcional. 6ta. ed. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana; 1999. p. 1201-22.

2. Haagensen CD. Diseases of the breast. 3rd. ed. Philadelphia: WB Saunders; 1986.

3. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2010. La Habana: MINSAP; 2011.

4. Castro Barba M, Cobos Bombardiere MP, Sarquis F, Luna G, Miller B. Lesiones benignas de mama que pueden simular un carcinoma en estudios imagenológicos. Rev Argent Radiol [revista en Internet]. 2011 [cited 14 Feb 2013] ; 75 (1): [aprox. 14p]. Available from: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-99922011000100007.

5. Ricardo Ramírez JM, Rodríguez Rodríguez RD. Factores asociados a la aparición del cáncer de mama en un área de salud rural. MEDISAN [revista en Internet]. 2012 [cited 14 Feb 2013] ; 6 (7): [aprox. 11p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000700002.

6. The Steering Committee on Clinical Practice Guidelines for the care and treatment of Breast Cancer. The palpable breast lump: information and recommendations to assist decision-marking when a breast lump is detected. Can Med Assoc J. 1998 ; 158 Suppl 3: S3-8.

7. Robidoux A, Bouchard F. Investigation of lesions detected by mammography. Can Med Assoc J. 1998 ; 23: 12-8.

8. Saslow D, Boetes C, Burke W, Harms S, Leach MO, Lehman CD, et al. American Cancer Society guidelines for breast screening with MRI as an adjunct to mammography. CA Cancer J Clin. 2007 ; 57 (2): 75-89.

9. Marchant DJ. Benign breast fisease. Obstet Gynecol Clin North Am. 2002 ; 29 (1): 1-20.

10. Klein S. Evaluation of palpable breast masses. Am Fam Physician. 2005 ; 71 (9): 1731-8.

11. Evans DM, Guyton DP. Carcinoma of the axillary breast. J Surg Oncol. 1995 ; 59 (3): 190-5.

12. Lucas JH, Cone L. Breast Cyst Aspiration. Am Fam Physician. 2003 ; 68 (10): 1983-7.

13. Irvin WP, Cathro HP, Grosh WW, Rice LW, Andersen WA. Primary breast carcinoma of the vulva: a case report and literature review. Gynecol Oncol.. 1999 ; 73 (1): 155-9.

14. Routiot T, Marchal C, Verhaeghe JL, Depardieu C, Netter E, Weber B, Carolus JM. Breast carcinoma located in ectopic breast tissue: a case report and review of the literature. Oncol Rep. 1998 ; 5 (2): 413-7.

15. Rosen PP. Rosen's Breast Pathology. Philadelphia: Lippincott Williams& Wilkins; 2001.