

Caso Clínico

Uma Assimetria "Gigante": Um Caso de Fibroadenoma Juvenil

When asymmetry becomes "giant":
A Rare Case of Juvenile Fibroadenoma

 Carlota Miranda¹,  Mónica Ferreira¹,  Sandra Carvalho²,  Clara Sampaio², Susana Nunes²,
Inês Morujão², Carolina Morgado², Carlos Vitorino²

1. Hospital de Cascais Dr. José de Almeida, Cascais, Portugal
2. Unidade Local de Saúde de São José, Lisboa, Portugal

Corresponding Author/Autor Correspondente:

Carlota Duarte Miranda [carlotaduartemiranda@gmail.com]
Rua José Ricardo 14 4.º esq – Lisboa

<https://doi.org/10.34635/rpc.1161>

RESUMO

O fibroadenoma juvenil representa cerca de 4% de todos os fibroadenomas, e os gigantes são extremamente raros, com incidência de 0,5%. Os fibroadenomas podem atingir grandes dimensões, e a intervenção cirúrgica constitui um desafio estético, particularmente em mamas em desenvolvimento. Relatamos o caso de uma rapariga de 13 anos que apresentou um aumento rápido do volume da mama esquerda. O exame físico revelou um morfotipo longilíneo com assimetria marcada, causada por uma massa volumosa que ocupava toda a mama esquerda, tornando o complexo areolo-mamilar (CAM) indistinto devido à tensão cutânea. A massa era firme, indolor e sem sinais inflamatórios, não se tendo identificado adenopatias axilares nos exames imagiológicos. A ecografia mamária revelou uma lesão grande, bem delimitada, ovóide, sólida e vascularizada, medindo 100 × 50 × 110 mm, com compressão do tecido glandular adjacente. A microbiópsia ecoguiada sugeriu o diagnóstico de fibroadenoma juvenil. A doente foi submetida a tumorectomia por incisão inframamária, tendo tido alta no dia seguinte, sem complicações. O exame histopatológico confirmou um fibroadenoma juvenil gigante, com peso de 373 g e dimensões de 115 mm × 91 mm × 57 mm, com excisão completa. A excisão cirúrgica com análise histológica mantém-se como o tratamento de eleição para esta patologia. O seguimento revelou um bom resultado, com impacto positivo na autoestima da doente.

Palavras-chave: Adolescente; Fibroadenoma/cirurgia; Fibroadenoma/diagnóstico; Fibroadenoma/patologia; Neoplasias da Mama/cirurgia; Neoplasias da Mama/diagnóstico; Neoplasias da Mama/patologia

Received/Recebido: 29/12/2025 **Accepted/Aceite:** 16/02/2026 **Published online/Publicado online:** 16/03/2026 **Published/Publicado:** 16/03/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

ABSTRACT

Juvenile fibroadenoma account for approximately 4% of all fibroadenomas, and giant juvenile fibroadenomas are extremely rare, with an incidence of 0.5%. Fibroadenomas can reach large sizes, and surgical intervention poses an aesthetic challenge, particularly in the developing breasts. We report the case of a 13-year-old girl who presented with rapid enlargement of the left breast. Physical examination revealed a long-linear morphotype with marked asymmetry due to a voluminous mass occupying the entire left breast, rendering the nipple-areolar complex (NAC) indistinct owing to subcutaneous tension. The mass was firm, non-tender, and without inflammatory signs, and no axillary lymphadenopathy was detected on imaging. Breast ultrasonography revealed a large, well-circumscribed, ovoid, solid, and vascularized lesion measuring 100 × 50 × 110 mm, compressing the surrounding glandular tissue. Ultrasound-guided core biopsy suggested a diagnosis of juvenile fibroadenoma. The patient underwent tumorectomy via an inframammary incision and was discharged the following day, without complications. Histopathological examination confirmed a giant juvenile fibroadenoma weighing 373 g and measuring 115 mm × 91 mm × 57 mm, with complete excision. Surgical excision with histological analysis remains the treatment of choice for this condition. Follow-up demonstrated good aesthetic outcomes, which positively impacted the patient's self-esteem.

Keywords: Adolescent; Breast Neoplasms/diagnosis; Breast Neoplasms/pathology; Breast Neoplasms/surgery; Fibroadenoma/diagnosis Fibroadenoma/pathology; Fibroadenoma/surgery

INTRODUÇÃO

As massas palpáveis da mama na idade jovem são raras e, na sua maioria, benignas.¹⁻⁴ O fibroadenoma (FA) constitui a lesão mamária mais frequente neste grupo etário, sendo responsável pela grande maioria das massas palpáveis identificadas em adolescentes e mulheres jovens.²⁻⁴ Apesar de pouco comuns, estas lesões podem apresentar crescimento rápido e provocar assimetria mamária evidente, com impacto físico e psicológico significativo, sobretudo numa mama ainda em desenvolvimento.^{3,4}

O fibroadenoma juvenil representa cerca de 4% de todos os fibroadenomas, sendo o fibroadenoma juvenil gigante uma entidade ainda mais rara, com uma incidência estimada de aproximadamente 0,5%.^{3,5} Define-se como uma lesão de crescimento acelerado que atinge diâmetros superiores a 5 cm e/ou peso superior a 500 g, ocupando uma proporção significativa do volume mamário normal.³

Estas lesões podem associar-se a alterações inflamatórias secundárias, infeções ou coexistir com outros tumores benignos da mama.^{2,4} Do ponto de vista clínico, o fibroadenoma juvenil gigante apresenta-se habitualmente como uma massa indolor, firme, móvel e bem delimitada, podendo originar deformidade mamária marcada.^{3,5} O diagnóstico diferencial inclui principalmente o tumor filóide e a gigantomastia juvenil, entidades que podem apresentar manifestações clínicas e imagiológicas semelhantes, tornando essencial uma avaliação cuidada.^{2,3}

Embora os exames de imagem sejam úteis na caracterização inicial das lesões mamárias em adolescentes, a confirmação diagnóstica exige frequentemente exame histopatológico, dada a heterogeneidade das lesões fibroepiteliais e a sobreposição das suas características radiológicas.^{1,3} A excisão cirúrgica é o tratamento de eleição, não só pela necessidade de exclusão de malignidade, mas também pelo desafio estético que estas lesões representam, particularmente numa mama em crescimento.^{3,4} Reconhecer a natureza destas patologias é fundamental para orientar corretamente o tratamento e evitar o subdiagnóstico de formas malignas com potencial metastático.^{1,2}

CASO CLÍNICO

Os autores descrevem o caso de uma adolescente de 13 anos, encaminhada para a consulta de Senologia por crescimento rápido da mama esquerda, com 2 meses de evolução, sem dor associada ou corrimento mamilar. Não apresentava antecedentes pessoais ou familiares relevantes.

Ao exame físico, observava-se uma doente de morfotipo longilíneo, com marcada assimetria mamária, causada por um volumoso tumor que ocupava praticamente a totalidade da mama esquerda, tornando o complexo areolo-mamilar (CAM) impercetível devido à tensão subcutânea. À palpação, a massa apresentava consistência dura, era indolor e não apresentava sinais inflamatórios. Não se identificaram adenopatias axilares palpáveis.

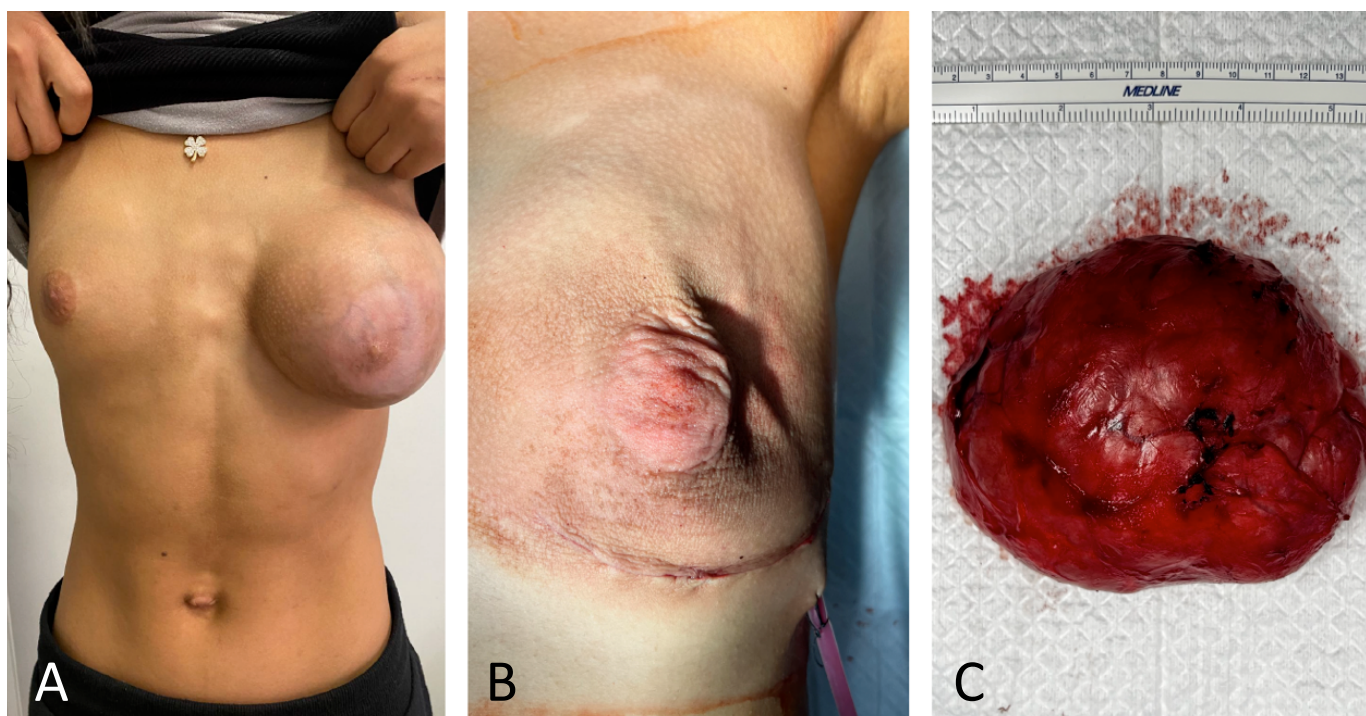


Figura 1: (A) Observação pré-operatória; (B) Resultado pós-operatório imediato; (C) Peça de excisão cirúrgica.

A ecografia mamária revelou uma volumosa massa sólida, ovóide, bem circunscrita e vascularizada, com dimensões aproximadas de 100 × 50 × 110 mm, exercendo efeito compressivo sobre o tecido glandular mamário adjacente. Para melhor caracterização da lesão, foi realizada microbiópsia ecoguiada, cujo exame histológico mostrou aspetos sugestivos de fibroadenoma juvenil.

Perante o rápido crescimento tumoral e a deformidade mamária associada, optou-se por tratamento cirúrgico. A doente foi submetida a tumorectomia por incisão inframamária ao nível do sulco, com remodelação mamária mediante recurso a retalhos glandulares adjacentes.

O pós-operatório decorreu sem intercorrências, tendo a doente recuperado favoravelmente e reunindo critérios para alta clínica ao primeiro dia após a cirurgia. O exame anatomopatológico da peça operatória revelou uma formação nodular capsulada, com peso de 373 g e dimensões de 115 × 91 × 57 mm, compatível com fibroadenoma juvenil gigante, com excisão completa da lesão.

Uma semana após a intervenção cirúrgica, a ferida operatória encontrava-se cicatrizada. No seguimento aos 12 meses de pós-operatório, a doente não apresentava sinais de recidiva

nem défices funcionais. O resultado estético foi considerado muito satisfatório, associado a uma melhoria significativa da autoestima.

DISCUSSÃO

Os fibroadenomas juvenis gigantes ocorrem predominantemente em raparigas adolescentes e representam uma entidade rara, correspondendo a cerca de 0,5%–4% de todos os fibroadenomas. Consideram-se gigantes quando excedem 5 cm de diâmetro, pesam mais de 500 g ou ocupam mais de quatro quintos do volume mamário, sendo caracterizados por crescimento rápido, distorção da mama e compressão do parênquima adjacente.¹⁻³

A presença de uma massa mamária palpável em idade pediátrica é incomum, uma vez que mesmo lesões de pequenas dimensões podem originar assimetria mamária evidente. Sempre que identificada, deve motivar investigação adequada, de forma a excluir tumores fibroepiteliais, sendo os diagnósticos mais prováveis o fibroadenoma juvenil gigante e o tumor filóide.^{1,3,4} A distinção entre estas entidades é frequentemente desafiante, dado o seu aspeto clínico e imagiológico semelhante, sendo a confirmação diagnóstica possível apenas após excisão cirúrgica e exame histopatológico da peça operatória.^{2,3}

A ecografia mamária é o método imagiológico de primeira linha em adolescentes, permitindo identificar massas sólidas bem delimitadas, hipoecoicas ou isoecoicas, sem exposição à radiação ionizante. Apesar da avaliação clínica, imagiológica e histológica pré-operatória, incluindo a avaliação tripla, nem sempre é possível excluir definitivamente o diagnóstico de tumor filóide, reforçando a necessidade de excisão cirúrgica para diagnóstico definitivo.¹⁻³

Embora se trate de uma patologia benigna, os fibroadenomas juvenis gigantes podem atingir grandes dimensões, provocando deformidade mamária significativa e impacto psicológico relevante. O tratamento é cirúrgico e consiste na excisão completa da lesão, permitindo simultaneamente o diagnóstico definitivo e a correção da assimetria.^{1,3}

No caso apresentado, a doente tinha 13 anos, encontrando-se ainda em fase de desenvolvimento pubertário, com crescimento mamário incompleto, nomeadamente da mama contralateral. Nestes casos, a reconstrução mamária formal não é recomendada, uma vez que pode interferir com o crescimento futuro da mama e resultar em assimetria progressiva. A literatura defende, de forma consistente, uma abordagem conservadora, com preservação máxima do parênquima mamário e do complexo aréolo-mamilar, reservando procedimentos reconstrutivos definitivos para após a conclusão do desenvolvimento mamário.^{2,5,6}

A abordagem cirúrgica adotada, com excisão completa da lesão e remodelação mamária, permitiu obter um bom

resultado funcional e estético, respeitando o potencial de crescimento mamário futuro. O seguimento clínico revelou ausência de recidiva e elevada satisfação da doente, com impacto positivo na autoestima, corroborando a adequação da estratégia terapêutica escolhida.^{1,3,6}

CONCLUSÃO

- O fibroadenoma juvenil gigante é uma entidade rara, mas deve ser considerado perante massas mamárias de crescimento rápido em adolescentes.
- A distinção entre fibroadenoma juvenil gigante e tumor filóide é frequentemente impossível com base apenas na avaliação clínica e imagiológica, tornando a excisão cirúrgica fundamental para o diagnóstico definitivo.
- Em doentes muito jovens, com desenvolvimento mamário ainda incompleto, a abordagem cirúrgica deve privilegiar técnicas conservadoras, com preservação máxima do parênquima e do complexo areolo-mamilar, evitando procedimentos reconstrutivos formais.
- Um planeamento cirúrgico cuidadoso permite alcançar resultados funcionais e estéticos satisfatórios, com impacto positivo na autoestima e qualidade de vida.
- O seguimento clínico é essencial para monitorizar o crescimento mamário, a simetria e a eventual recidiva.

ETHICAL CONSIDERATIONS

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Confidentiality of data: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of patient data.

Patient consent: Consent for publication was obtained.

Provenance and peer review: Not commissioned; externally peer-reviewed.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse a declarar.

Apoio Financeiro: Não existiram fontes de financiamento para a realização deste trabalho.

Confidencialidade dos Dados: Os autores declaram que seguiram os protocolos da instituição relativamente à publicação de dados de doentes.

Consentimento: O consentimento do doente para publicação foi obtido.

Proveniência e revisão por pares: Não comissionado; revisto por pares externamente.

CONTRIBUTORSHIP STATEMENT

CM: Study design, data collection, drafting of the article, and bibliographical search.

MF and SC: Bibliographical search, critical review of the content of the article.

CS and SN: Study design, data collection, and critical review of the content of the article.

IM, MM and CV: Critical review of the content of the article.

All authors approved the final version to be published.

DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO

CM: Concepção do estudo, recolha de dados, redação do artigo e pesquisa bibliográfica.

MF e SC: Pesquisa bibliográfica e revisão crítica do conteúdo do artigo.

CS e SN: Concepção do estudo, recolha de dados e revisão crítica do conteúdo do artigo.

IM, MM e CV: Revisão crítica do conteúdo do artigo.

Todos os autores aprovaram a versão final a publicar.

REFERÊNCIAS

1. Vargas HI, Vargas MP, Eldrageely K, Gonzalez KD, Burla ML, Venegas R, et al. Outcomes of surgical and sonographic assessment of breast masses in women younger than 30 years. *Am Surg*. 2005;71:716–9.
2. DiVasta AD, Weldon CB, Labow BI. The breast: examination and lesions. In: Emans SJ, Laufer MR, DiVasta AD, editors. *Emans, Laufer, and Goldstein's Pediatric & Adolescent Gynecology*. 7th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2020. p. 781–802.
3. Jayasinghe Y, Simmons PS. Fibroadenomas in adolescence. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2009;21:402–6. doi: 10.1097/GCO.0b013e32832fa06b.
4. ACOG Committee on Adolescent Health Care. ACOG Committee Opinion No. 350, November 2006: Breast concerns in the adolescent. *Obstet Gynecol*. 2006 Nov;108(5):1329–36. doi: 10.1097/00006250-200611000-00060.
5. Cammarota MC, Santos GC, Daher JC, Esteves BP, et al. Breast reconstruction in young women and their peculiarities. *Rev. Bras. Cir. Plást*. 2018;33:3–11.
6. Sönmez K, Türkyilmaz Z, Karabulut R, Demiroğullari B, Ozen IO, Moralioglu S, Başaklar AC, Kale N. Surgical breast lesions in adolescent patients and a review of the literature. *Acta Chir Belg*. 2006 Jul-Aug;106(4):400–4. doi: 10.1080/00015458.2006.11679915.