
RELATO DE CASO

Gigantomastia associada a fibroadenomas

Maria Angela Bongers Alexandretti¹, Maira Caleffi², Graziela Rech Artico³, Luciano Guimarães Artico⁴,
Léo Doncatto⁵, Sylvia Villar Mello Guimarães¹

Resumo

Gigantomastia é uma anomalia que causa complicações sérias e nem todas as macromastias são sintomáticas. Dessa forma, uma avaliação apropriada da paciente, bem como um atendimento multidisciplinar faz-se necessário.

A intervenção cirúrgica é conseqüentemente o método de escolha nesta patologia, sendo uma excelente terapêutica na gigantomastia. O tamoxifeno pode ser um adjuvante útil e pode permitir resultados estáveis quando combinado com a mamoplastia redutora.

Descritores: 1. *Gigantomastia;*
2. *Fibroadenoma;*
3. *Mama;*
4. *Cirurgia;*
5. *Tamoxifeno.*

Abstract

Gigantomastia is a pathology that can cause serious complications but at some cases there are no symptoms. An adequate evaluation of the patient and a multi-disciplinary attendance is necessary.

The surgery intervention is the method of choice in this pathology, being an excellent therapeutic. The Tamoxifeno can be a good adjuvant producing stable results when combined with the cosmetic surgery.

Keywords: 1. *Gigantomastia;*
2. *Fibroadenoma;*
3. *Breast;*
4. *Surgery;*
5. *Tamoxifeno.*

1. Médica Mastologista do Núcleo Mama Moinhos de Vento.
2. Médica Mastologista e Coordenadora do Núcleo Mama Moinhos de Vento.
3. Acadêmica de Medicina do 10º semestre da Universidade de Caxias do Sul.
4. Médico especialista em Ginecologia e Obstetrícia, pós-graduado em Oncomastologia pelo Hospital Moinhos de Vento.
5. Médico Cirurgião Plástico do Núcleo Mama Moinhos de Vento.

Introdução

Anomalias no desenvolvimento da mama são observadas freqüentemente⁽¹⁾. A patologia mais séria é a gigantomastia⁽¹⁾, pois apresenta conseqüências estéticas, problemas posturais, discopatias e desordens psicológicas. O crescimento mamário extremo pode ser visto raramente e é chamado macromastia ou gigantomastia⁽³⁾. Gigantomastia é o termo utilizado para definir as hipertrofias mamárias maciças, que ultrapassam os volumes convencionais⁽⁴⁾. As hipertrofias podem ser classificadas em graus I, II, III e IV. A gigantomastia ultrapassa a classificação IV de hipertrofias⁽⁴⁾. Este tipo de hipertrofia mamária exagerada pode ser causada pela hipersensibilidade dos receptores de estrogênio e progesterona, por distúrbios hormonal de estrógenos e andrógenos, pelo hipertireodismo, pela atividade hormonal neoplásica⁽⁸⁾. Pelo fato de uma das etiologias ser hórmonio dependente, a ocorrência da gigantomastia é acentuada na gestação. Nesse relato de caso encontramos a associação da gigantomastia com nódulos de fibroadenoma, que é uma forma localizada de hiperplasia nodular do tecido do estroma e do componente glandular, característico na faixa etária dos 25 e 30 anos⁽⁹⁾.

Relato de Caso

Paciente F.L., feminina, com 25 anos, de cor branca, solteira, bancária, procedente de São Leopoldo, procurou atendimento no Núcleo Mama, no Hospital Moinhos de Vento em Porto Alegre em março de 2005. A queixa da paciente era de aumento do tamanho das mamas há um ano e meio. Paciente bastante ansiosa e preocupada com o desconforto causado pela patologia. Teve menarca aos quinze anos, é nuligesta e fazia uso de anticoncepcional oral com 60mcg de gestodeno e 15mcg de etinilestradiol há oito anos e apresentava IMC < 25. Negou história familiar de câncer de mama ou patologias mamárias e história pessoal de doenças ou uso de medicações. Na história pregressa fora, em dezembro de 2004, submetida à exérese de dois nódulos em outro serviço, tendo como resultado do laudo anátomo-patológico fibroadenomas. Na época, a paciente queixava-se de dor mamária não relacionada ao ciclo menstrual, sem derrame papilar.

Ao exame físico encontravam-se mamas excessivamente aumentadas de volume e com quatro nódulos palpáveis em mama direita (junção dos quadrantes externos, junção dos quadrantes internos,

junção dos quadrantes superiores e junção dos quadrantes inferiores) e um em quadrante superior externo de mama esquerda. Verificava-se hiperemia em quadrantes ínfero-internos bilaterais, sendo mais acentuada na mama direita que a na esquerda. Figuras 1 a 3.

Foi solicitada biópsia de área hiperemiada e a paciente retornou com anatomo-patológico constatando dermatite crônica perivascular inespecífica e mastopatia fibrosa. Houve melhora da área hiperemiada com o uso de cefadroxil 500mg, durante 14 dias e redução do edema das mamas. Optou-se, em conjunto com a paciente, por uma conduta expectante e retorno em três meses, para acompanhar o crescimento mamário. A paciente retornou em outubro de 2005 com novos exames de imagem. A ecografia mamária mostrou ecotextura heterogênea, observando-se múltiplos nódulos sólidos, circunscritos bilaterais, sendo os maiores: MD JQS 1,2 e 2,4cm, QSE 2,0 e 1,0cm, QII 1,8cm, JQI 0,8cm, QIE 4,5 e 1,8cm, retroareolar 2,0 e 1,3cm e em ME QSE 1,7 e 2,3cm, QSI 1,5, 2,7 e 1,4cm, JQE 1,8 e 1,9cm, JQI 2,9, 3,0 e 3,6cm, JQS 2,7cm, BIRADS US 3. Como conduta foi realizada a exérese dos fibroadenomas e mamoplastia redutora no mesmo momento cirúrgico. Esta cirurgia foi realizada em 05/12/2005. O laudo do anatomo-patológico descreveu o peso de 2212,0g de espécime cirúrgico. Na Mama direita foram identificados cerca de 100 nódulos com medidas que variaram de 0,4cm e 4,8cm. Na mama esquerda foram identificados cerca de 100 nódulos que variaram de 0,5cm a 4,8cm. Apresentou boa evolução pós-operatória. Nas revisões posteriores a paciente estava feliz com o resultado estético da mama e sentia-se muito bem. Figuras 4 a 6. Seis meses após (setembro de 2006), retornou para nova consulta, a qual relatou aumento do fluxo e dos sintomas pré-menstruais. Na consulta em outubro de 2006 apresentou a MD maior que a ME (assimetria) com sinais de hiperemia e nódulos palpáveis. Solicitou-se novo exame de imagem e a ecografia identificou a presença de 03 nódulos na MD com contornos irregulares. BIRADS 4a. Realizou-se PAAF dos nódulos e o diagnóstico foi de fibroadenomas. Iniciado tamoxifeno 10mg/dia. Em revisão de novembro de 2006, a ecografia mamária verificou glândulas com ecotextura homogênea, com predomínio de tecido fibroglandular, observando-se nódulos sólidos, lobulados bilaterais, medindo: MD em QSE 1,8cm, JQI 1,6cm e JQS 2,3cm, ME JQS 1,5cm e QSI 0,9cm, nódulos provavelmente benignos, BIRADS 3. Foi realizada biópsia dos nódulos descritos na mama direita e o anatomo-

patológico confirmou fibroadenomas. A paciente está há sessenta dias usando tamoxifeno, o quadro clínico está estável e a MD que estava crescendo normalizou (diminuiu e ficou simétrica com a esquerda). Associado ao tamoxifeno foi iniciado o antidepressivo cloridrato de sertralina 50mg ao dia, pois estava com sérios problemas no trabalho. A paciente continua menstruando regularmente, sem fogachos e sem alteração de lubrificação vaginal.

Discussão

Gigantomastia é uma anomalia que causa complicações sérias⁽¹⁾ e nem todas as macromastias são sintomáticas⁽¹⁰⁾. Dessa forma, uma avaliação apropriada da paciente, bem como um atendimento multidisciplinar faz-se necessário⁽¹⁾. A caracterização da gigantomastia ocorre por: volume exagerado de mama; distância longa entre o terço medial de clavícula e a borda do complexo areolar e a desproporção da glândula e o restante do corpo, mesmo nos casos de obesidade mórbida⁽⁴⁾, sendo este o conceito que utilizamos no presente caso. Gigantomastia pode também ser definida como crescimento progressivo benigno e bilateral das mamas, num grau que requeira a cirurgia da redução mamária, onde é removida mais de 1800g de tecido mamário bilateralmente⁽¹¹⁾. A gigantomastia juvenil pode ser um diagnóstico diferencial do fibroadenoma juvenil⁽¹²⁾, além de doenças malignas como o linfoma não-Hodgkin⁽¹³⁾

A intervenção cirúrgica é conseqüentemente o método de escolha nesta patologia, sendo uma excelente terapêutica na gigantomastia⁽¹⁾ e oferece menor risco de recorrência⁽¹⁴⁾. Ao proceder a cirurgia redutora, deve-se atentar para a preservação da sensibilidade pós-operatória. A liberação da tração do nervo pode ser a razão para a melhoria da sensibilidade observada depois da mamoplastia redutora nos pacientes com gigantomastia^(15, 16). Uma segunda hipótese para pode ser relacionada à expansão natural que ocorre nas mamas grandes e que aumenta a área de superfície da pele quando o número de fibras do nervo do intercostal que inerva a mama permanece constante⁽¹⁵⁾.

A preservação da sensibilidade do complexo aréolo mamilar pós mamoplastia transformou-se um objetivo atingível⁽¹⁷⁾. O tamoxifeno pode ser um adjuvante útil e pode permitir resultados estáveis quando combinado com a mamoplastia redutora⁽¹⁹⁾, assim a paciente permanecerá usando o essa medicação até completar seis meses de tratamento. Entretanto, Taylor e colegas⁽²⁰⁾ relataram uma

redução do tamanho da mama após a administração oral do danazol em 1981.

Referências bibliográficas:

1. Chrominski W, Madej B, Maciejewski R, Torres K, Ciechanek R, Burdan F. A developmental anomaly of the mammary glands - gigantomastia. A case report. *Folia Morphol (Warsz)*. 2003 Nov;62(4):517-8.
2. Menke CH, Baizus, Jorge V., Xavier, Nilto L., Cavalheiro, José A., Rabin, Elaine G., Bittelbrunn, Ana., Cericatto, Rodrigo. *Rotinas em Mastologia*. 2006:38.
3. Greydanus DE, Matytsina L, Gains M. Breast disorders in children and adolescents. *Prim Care*. 2006 Jun;33(2):455-502.
4. Resende JHC. Gigantomastia. *Revista Médica HSE*. 2001 abril a junho de 2001;2.
5. Kupfer D, Dingman D, Broadbent R. Juvenile breast hypertrophy: report of a familial pattern and review of the literature. *Plast Reconstr Surg*. 1992 Aug;90(2):303-9.
6. Taylor PJ, Cumming DC, Corenblum B. Successful treatment of D-penicillamine-induced breast gigantism with danazol. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1981 Jan 31;282(6261):362-3.
7. Sakai Y WS, Ono K, Kumagai N. Gigantomastia Induced by Bucillamine. *Ann Plast Surg*. 2002;29:193-5.
8. Noczynska A, Wasikowa R, Myczkowski T. [Hypersensitivity of estrogen receptors as a cause of gigantomasty in two girls]. *Pol Merkur Lekarski*. 2001 Dec;11(66):507-9.
9. Veronesi U. *Mastologia Oncológica*. 2002:183.
10. Mantecóna AGSRSDJCSPJTAFBPJMBDDRL. Mamoplastia de reducción. Indicaciones y consideraciones técnicas. *Cirurgia Espanhola*. 2000 julho 2000;68:30-4.
11. Kulkarni D, Beechey-Newman N, Hamed H, Fentiman IS. Gigantomastia: A problem of local recurrence. *Breast*. 2006 Feb;15(1):100-2.
12. Morimoto T, Komaki K, Mori T, Sasa M, Miki H, Inoue H, et al. Juvenile gigantomastia: report of a case. *Surg Today*. 1993;23(3):260-4.
13. Windom KW, McDuffie RS, Jr. Non-Hodgkin's lymphoma presenting with gigantomastia in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 1999 May;93(5 Pt 2):852.

14. Swelstad MR, Swelstad BB, Rao VK, Gutowski KA. Management of gestational gigantomastia. *Plast Reconstr Surg.* 2006 Sep 15;118(4):840-8.
15. Slezak S, Dellon AL. Quantitation of sensibility in gigantomastia and alteration following reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1993 Jun;91(7):1265-9.
16. Gonzalez F, Brown FE, Gold ME, Walton RL, Shafer B. Preoperative and postoperative nipple-areola sensibility in patients undergoing reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1993 Oct;92(5):809-14; discussion 15-8.
17. Kuzbari R, Schlenz I. Reduction mammoplasty and sensitivity of the nipple-areola complex: sensuality versus sexuality? *Ann Plast Surg.* 2007 Jan;58(1):3-11.
18. Baker SB, Burkey BA, Thornton P, LaRossa D. Juvenile gigantomastia: presentation of four cases and review of the literature. *Ann Plast Surg.* 2001 May;46(5):517-25; discussion 25-6.
19. Tan-Chiu E, Wang J, Costantino JP, Paik S, Butch C, Wickerham DL, et al. Effects of tamoxifen on benign breast disease in women at high risk for breast cancer. *J Natl Cancer Inst.* 2003 Feb 19;95(4):302-7.
20. Rooney PJ, Cleland J. Successful treatment of D-penicillamine-induced breast gigantism with danazol. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1981 May 16;282(6276):1627-8.

Endereço para correspondência:

Av Júlio de Castilhos, 1095/602

CEP: 951010-003

Caxias do SUL - RS

E-mail: casalartico@gmail.com