

HIPERTROFIA MAMÁRIA GESTACIONAL PROLONGADA - REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO

PROLONGED GESTATIONAL GIGANTOMASTIA - LITERATURE REVIEW AND CASE REPORT

BÁRBARA DE ASSIS BARBOSA¹, BÁRBARA ELISABETH SCHROFF², ANDRÉ MAROCCOLO DE SOUSA³, ANA LUÍZA FLEURY LUCIANO³, ELAINE XAVIER MACHADO⁴, LUIZ MAURO DE PAULA E SOUZA⁵, JUAREZ ANTÔNIO DE SOUSA⁶

RESUMO

A hipertrofia mamária ou gigantomastia é uma condição rara com poucos relatos na literatura, limitando a pesquisa de referências sobre o assunto. Das diversas condições que podem acarretar ao aumento excessivo das mamas, na gestação pode estar relacionada à resposta exagerada dos receptores da mama aos hormônios gravídicos. Devido aos poucos relatos não há uma epidemiologia estabelecida, portanto sem um padrão. Os sintomas variam de dor à necrose mamária e até comprometimento esquelético e muscular. Os autores aqui relatam uma ginecomastia gestacional prolongada e de tratamento tardio com boa evolução após mamoplastia redutora.

PALAVRAS-CHAVE: HIPERTROFIA MAMÁRIA GESTACIONAL. GIGANTOMASTIA. MAMA: BENIGNA.

ABSTRACT

Breast hypertrophy or gigantomastia is a rare condition with few reports in the literature, limiting the search for references on the subject. Of the various conditions that can lead to excessive breast enlargement, during pregnancy it may be related to the exaggerated response of breast receptors to pregnancy hormones. Due to the few reports, there is no established epidemiology, therefore without a standard. Symptoms range from pain to breast necrosis and even skeletal and muscle impairment. The authors report a prolonged gestational gynecomastia and late treatment with good evolution after reduction mammoplasty.

KEYWORDS: GESTATIONAL BREAST HYPERTROPHY. GIGANTOMASTIA. BENIGN BREAST

INTRODUÇÃO

A hipertrofia mamária ou gigantomastia é uma condição rara que consiste no aumento excessivo e desproporcional da mama uni ou bilateral. Pode ocorrer no período da adolescência, no ciclo gravídico-puerperal ou induzida por drogas. A gigantomastia juvenil acontece entre os 11-19 anos de caráter familiar e está relacionada com a desordem hormonal e com a acentuada resposta dos receptores de estrogênio. Nesses casos alguns auto-

res recomendam tratamento com drogas antiestrogênicas no pós-operatório de mamoplastia redutora, mas sem sucesso comprovado¹.

Acredita-se que o Tamoxifeno 10-20 mg pode ter bom resultado nesta situação. Quando induzida por drogas, pode ocorrer em qualquer faixa etária e tem como origem o uso de drogas já conhecidas como: indinavir, d-penicilamina e ciclosporinas. A conduta é cessar o uso da medicação e avaliar necessidade de

1 Maternidade Municipal Aristina Cândida/Residente 2º ano de Ginecologia e Obstetrícia

2 Maternidade Municipal Aristina Cândida/Residente 1º ano de Ginecologia e Obstetrícia

3 Faculdade de Medicina da PUC Goiás

4 Hospital Santa Helena de Goiânia e Clínica Citomed

5 Hospital Santa Helena de Goiânia

6 Faculdade de Medicina da UFG e Maternidade Municipal Aristina Cândida

ENDEREÇO

Juarez Antônio de Sousa
Endereço Rua 95, 159 setor sul
Goiânia Goiás
E-mail - drjuarez@drjuarez.com.br

tratamento cirúrgico ².

A hipertrofia gestacional é mais rara que a juvenil, estima-se 1 caso a cada 28.000-118.000 gestações, ocorre durante o período gestacional e puerpério com aumento mamário de 10 a 20 vezes, quando o normal no período gravídico é de aproximadamente duas vezes o tamanho habitual. Sua etiologia é desconhecida, porém tem sido associada as mudanças hormonais ocorridas nesse período ³.

O aumento exagerado das mamas leva a distensão da pele e parênquima que culminam em áreas de isquemia, necrose, infecções e hemorragias. Além disso, há outros acometimentos como cervicalgia, dificuldade para deambular, equilibrar e, até mesmo, respirar.

É mais comum na primeira gestação e há grandes chances de recidivas nas gestações subsequentes. Seu diagnóstico é clínico e muitas vezes, retrospectivo. Os exames de imagem mostram aumento global do parênquima mamário. Deve ser feito diagnóstico diferencial com neoplasias malignas de mama e tumores fibroepiteliais ⁴.

RELATO DO CASO

FFR, negra, 40 anos, G4P1n2c A0, hígida e sem vícios; apresentou-se no ambulatório de mastologia em março de 2020 em Goiânia-GO referindo aumento excessivo das mamas durante a última gestação há 4 anos, não tendo ocorrido mesmo caso nas gestações anteriores.

Amamentou exclusivamente durante 6 meses e que, após cessar aleitamento, apresentou episódios esporádicos de galactorreia no período corrido. Relata regressão parcial do volume mamário durante o puerpério. Paciente iniciou investigação da hipertrofia mamária quando surgiram sintomas, porém não teve condições de dar seguimento. Paciente refere dor, alteração da postura física e comprometimento psicossocial.

No momento da consulta mamas encontravam-se grosseiramente simétricas, volumosas, pendulares, sem abaulamentos ou retrações visíveis, estrias principalmente periareolares bilateralmente (FIGURA 1). Não apresentou linfonodomegalia. Mamas edemaciadas sendo possível palpação de tumorações em ambas as mamas sugerindo galactocele. Expressão mamilar negativa e sem pontos de gatilho.

Durante investigação clínica apresentou drenagem espontânea de uma galactocele em mama direita levando a redução parcial do volume. Após realizado exames de imagem e avaliações subsequentes de progressão da doença, foi prescrito cabergolina 1mg/semana. Foram realizadas 2 doses e então submetida à mamoplastia redutora com implante do complexo areolo-mamilar com boa resposta e evolução. (FIGURA 2)



Figura 1. Paciente de 40 anos apresentando hipertrofia mamária bilateral durante a última gestação e puerpério.



Figura 2. Resultado estético após 30 dias de mamoplastia redutora bilateral com implante de complexo areolo-mamilar.

DISCUSSÃO

A hipertrofia mamária gestacional é uma condição rara que pode causar grande impacto na vida da mulher. Acredita-se que há hipersensibilidade dos tecidos mamaríos ou aumento excessivo de hormônios levando à uma hiperestimulação glandular. A elevação dos hormônios pode afetar o desenvolvimento fetal e ocasionar ginecomastia neonatal, não apresentando indicação obstétrica de interrupção da gestação precocemente ⁵.

A paciente acometida por essa patologia, geralmente, apresenta queixa de mastalgia, desconforto respiratório ao decúbito dorsal, lombalgia e cervicalgia além de, em casos mais avançados, ulcerações e infecção nas mamas. Ao exame mamas se apresentam edemaciadas, com congestão venosa e possíveis ulcerações cutâneas e celulite. Mostram-se também, psicologicamente comprometidas com humor deprimido e de isolamento social ⁶.

Não há fatores protetores conhecidos e o tratamento conservador ainda não tem eficácia importante. A regressão do volume da mama no puerpério é na maioria das vezes parcial sendo, portanto, indicado tratamento precoce. A mamoplastia redutora ainda é o meio mais eficaz para a resolução da doença e tem um impacto imediato na qualidade de vida da paciente.

O tratamento não cirúrgico inclui Cabergolina 0,5 mg, duas vezes por semana, que é um agonista da dopamina, que inibe a lactogênese, diminuindo a dor e da tumefação glandular. Podendo ainda ser utilizado a bromocriptina (dose 5-7,5 mg/dia), agonista parcial da dopamina, porém, menos acessível e com mais efeitos adversos. Associa-se analgésicos comuns para alívio da dor. Nos casos de necrose ou ulceração pode ser realizado aplicações de colágeno ou placas de hidrocoloide ⁷.

A elevação das mamas mecanicamente, com sutiãs ou porta-seios reduzem o efeito causado pelo peso. A forma conservadora na condução da doença não é a mais indicada já que, mesmo as mamas tendo elevadas chances de redução do volume após a gestação, não há redução total e ainda apresenta grandes chances de recidivas em gestações futuras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento cirúrgico pode ser realizado em associação a terapia conservadora ou isoladamente. A mamoplastia redutora, é a técnica de escolha, preservando a estética, sensibilidade, contorno, pigmentação e ereção mamilar. A mastectomia deve ser indicada em casos extremos, de grandes volumes, associado a extensas áreas de necrose.

No caso relatado foi realizado tratamento com cabergolina associado a mamoplastia redutora com implante do complexo areolo-mamilar. Obtendo boa resposta cirúrgica e evolução adequada.

REFERÊNCIAS

1. André FS, Chocial AC. Tratamento das gigantomastias. *Rev Bras Cir Plástica*. 2010;25(4):657–62.
2. Campos H, Buarque SG. Técnicas utilizadas nas mamoplastias redutoras: uma revisão sistemática. *Rev Bras Cir Plástica – Brazilian J Plast Sugery*. 2018;33:99–101.
3. Farina A, Martinho HS, Junior WXA. Gigantomastia no ciclo gravídico-puerperal: relato de caso. *Rev Bras Mastol*. 2017;27(1):63–6.
4. Girão MJBC, Baracat EC, Lima GR de, Nazário ACP, Facina G, Sartori MGF, et al. *Tratado de ginecologia*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017.
5. Porto CC. *Semiologia Médica*. 5th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
6. Santos MR da S, Reis AS dos, Gonçalves-Filho JAL. Gigantomastia gestacional: relato de caso e revisão bibliográfica. *Rev Bras Med Família e Comunidade [Internet]*. 2011 Sep 18;6(20):199–202. Available from: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/306>
7. Silva Filho AR da, Burlá JM, Jesus NR de, Gomes ND, Gonzalez AB. Hipertrofia Maciça das Mamas na Gravidez: Relato de Caso. *Rev Bras Ginecol e Obs [Internet]*. 2002 Jul;24(6). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032002000600009&lng=pt&rm=iso&tlng=pt