

Processos Inflamatórios Crônicos do Complexo Aréolo-Papilar: Fisiopatologia e Princípios Terapêuticos

Alfredo Carlos S.D. de Barros
Filomena M. Carvalho
Aurélio Zecchi de Souza
José Aristodemo Pinotti

(Trabalho realizado na Clínica Ginecologia da Faculdade de Medicina da USP)

R. Bras. Mast. Vol 3 - n° 1; 15 a 18 1993

As mastites crônicas que acometem o complexo aréolo-papilar são processos inflamatórios não relacionados com a lactação e que apresentam evolução persistente ou recidivante (2).

Alguns estudos recentes afirmam que tais processos decorrem de mecanismo fisiopatológico comum, representando portanto, entidade nosológica única (3) (4). Porém, um certo número de autores, entre os quais nos incluímos, tem opinião diferentes. Tendo em vista que processos se originam por mecanismos fisiopatológicos distintos, se exteriorizam por quadros clínicos diversos e merecem conduta terapêutica específica, a nosso ver, duas são as entidades descritas sob o rótulo de processos inflamatórios crônicos do complexo aréolo-papilar: a mastite periareolar recidivante e a mastite da ectasia ductal.

I - Mastite Periareolar Recidivante

Trata-se de uma inflamação crônica que freqüentemente evolui para abscesso e/ou fístula cutânea. É conhecida também pelos nomes de abscesso subareolar recidivante, mastite não puerperal, mastite periductal, fístula mamária e outros. Ocorre principalmente na faixa etária entre os 30 e 40 anos, e por motivos desconhecidos

índice mais freqüentemente em populações desprovidas de recursos dos países em desenvolvimento.

O mecanismo desencadeador do processo é uma alteração do epitélio que reveste o ducto lactífero na sua porção infrapapilar, denominada metaplasia (5). Normalmente, a transição entre o epitélio pavimentoso estratificado que recobre a papila mamária e o epitélio colunar glandular que se encontra na luz do ducto ocorre até 2mm abaixo da superfície da papila. Em determinadas pacientes, por razão ignorada, existe um processo de substituição do epitélio colunar ductal por epitélio escamoso, geralmente em um único ducto, que se estende pelo ducto em direção à base do corpo mamário.

Com o passar do tempo, ocorre acúmulo local de queratina, formando-se verdadeiros tampões que levam à obstrução e dilatação ductal.

A retenção deste material pode desencadear uma reação periductal tipo corpo estranho à queratina e, ainda, sofrer contaminação bacteriana, na maioria das vezes germes anaeróbios. (9)

Este processo resulta em aumento da pressão intraluminal e consequente exteriorização do material através da pele. Quando isto ocorre o orifício fistuloso situa-se em região de menor resistência cutânea, que corresponde à pele adjacente à aréola, uma vez que a região pigmentada é mais espessa. Forma-se assim uma fístula mamária que geralmente é unilateral e única, por onde se extravaza material sebáceo purulento de forma contínua ou intermitente.

A figura 1 ilustra esquematicamente a origem do quadro.

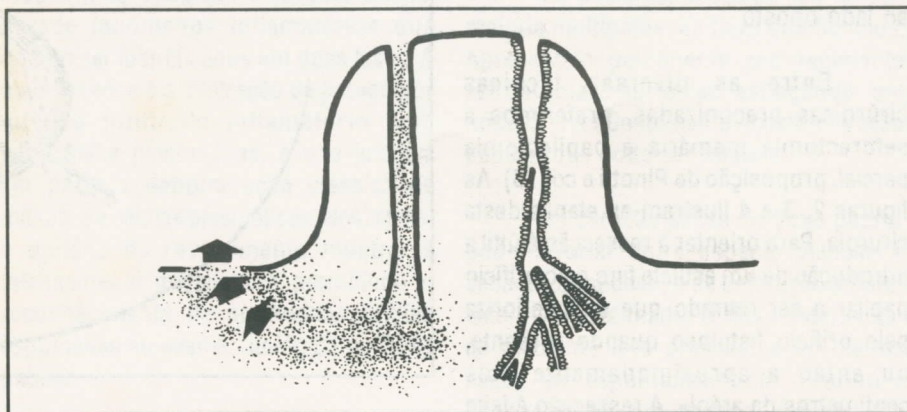


Figura 1: Esquema ilustrativo da formação da mastite periareolar recidivante com fístula.

Clinicamente, verifica-se área de inflamação (dor, calor e vermelhidão) periareolar, que evolui em surtos intercalados com períodos de acalmia. Frequentemente forma-se pequeno abscesso localizado no tecido subcutâneo da região periareolar, que se apresenta recidivante mesmo diante de terapêutica antimicrobiana e pode ou não ser acompanhante de fístula.

O estudo citológico do abscesso periareolar permite a identificação de numerosas células escamosas, confirmando a natureza da mastite.

Na fase aguda o tratamento é clínico, fundamentado na prescrição de antibióticos e anti-inflamatórios. Tendo em vista a etiologia microbiana normalmente envolvida, recomenda-se metronidazol 0,5 g, via oral de 6/6 horas, por 7 a 10 dias, e anti-inflamatórios não hormonais pelo mesmo período. Vigente uma ou mais recidivas, impõe-se o tratamento cirúrgico, que deve ser indicado nos períodos de acalmia de inflamação/infecção.

A termografia é um método muito útil para monitorizar o momento correto da indicação de cirurgia, que preferentemente é realizada quando a mama acometida estiver isotérmica em relação ao lado oposto.

Entre as diversas técnicas cirúrgicas preconizadas, preferimos a setorectomia mamária e papilectomia parcial, proposição de Pinotti e col. (8). As figuras 2, 3 e 4 ilustram as etapas desta cirurgia. Para orientar a ressecção é útil a introdução de um estilete fino pelo orifício papilar a ser retirado que se exterioriza pelo orifício fistuloso quando presente, ou então a aproximadamente dois centímetros da aréola. A ressecção é feita em fuso, seccionando-se em área de tecido são, com profundidade de alguns

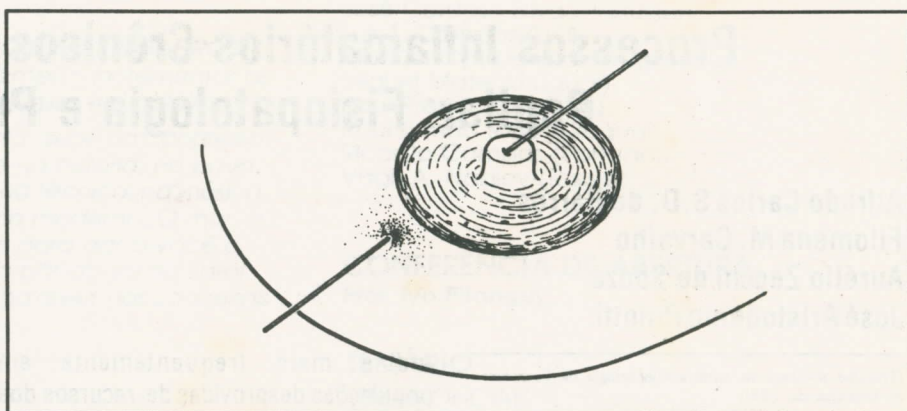


Figura 2: Técnica de setorectomia e papilectomia parcial (Pinotti e col.)
- Introdução de estilete.

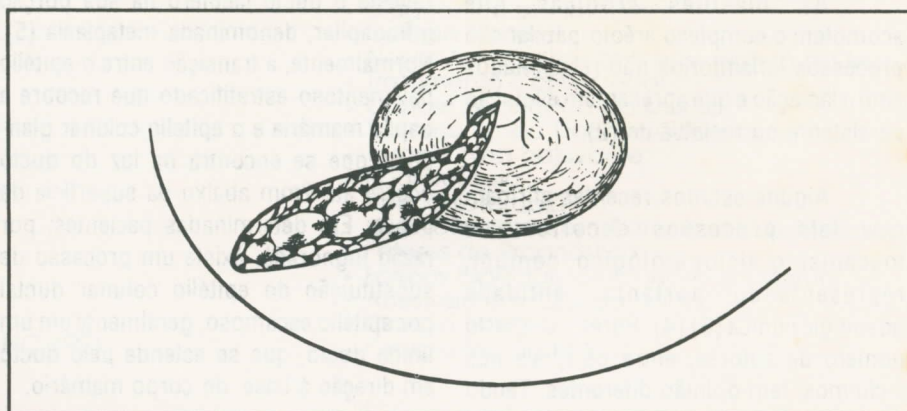


Figura 3: Técnica de setorectomia e papilectomia parcial (Pinotti e col.)
- Ressecção fusiforme

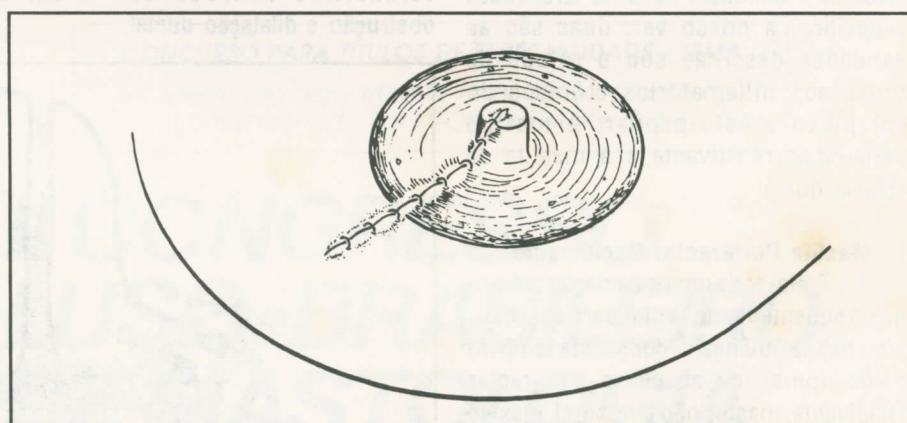


Figura 4: Técnica de setorectomia e papilectomia parcial (Pinotti e col.) - Fechamento da pele.

centímetros. O fechamento é feito em dois planos de pontos separados.

O resultado estético é bastante satisfatório. O índice de recidivas é considerado baixo nesta técnica (em torno de 10%), que obrigatoriamente retira parte da papila e resseca o ducto envolvido na gênese do processo. As inúmeras outras técnicas, baseadas apenas na ressecção da área fistulizada, proporcionam resultados inferiores.

Na eventualidade de ocorrer recidiva após tratamento por esta técnica, deve-se considerar a possibilidade da alteração epitelial inicial comprometer múltiplos ductos. Nete caso, se houver muito desconforto para a paciente, recomendamos a papilectomia total e excisão completa dos ductos principais infra-areolares, por meio de incisão circular peripapilar, preservando a maior parte da aréola, fechada por sutura em bolsa central. Posteriormente, após completa cicatrização local, pode-se realizar a reconstrução plástica da papila, valendo-se dos diversos recursos para este fim.

Uma alternativa interessante para o tratamento das fístulas de ducto mamário vem sendo desenvolvida em nosso meio por Petti (7). Através de simples injeção no trajeto fistuloso de solução de lugol com ácido metacresol sulfônico, com propriedades caústicas, adstringentes e antissépticas, pode-se eliminar o revestimento interno da fístula e determinar intensa fibrose local com intenção corretiva. A avaliação definitiva dos resultados desta técnica prescinde ainda de publicação de casuística representativa com tempo de seguimento adequado.

II - Mastite da Ectasia Ductal

A mastite da ectasia ductal é uma inflamação crônica que acompanha a dilatação dos ductos principais infra-

areolares mamários e que geralmente se manifesta por fluxo papilar de aspecto viscoso às vezes purulento. É chamada

dá lugar a importante fibrose periductal, que pode inclusive acarretar retração dos ductos envolvidos, levando a retração

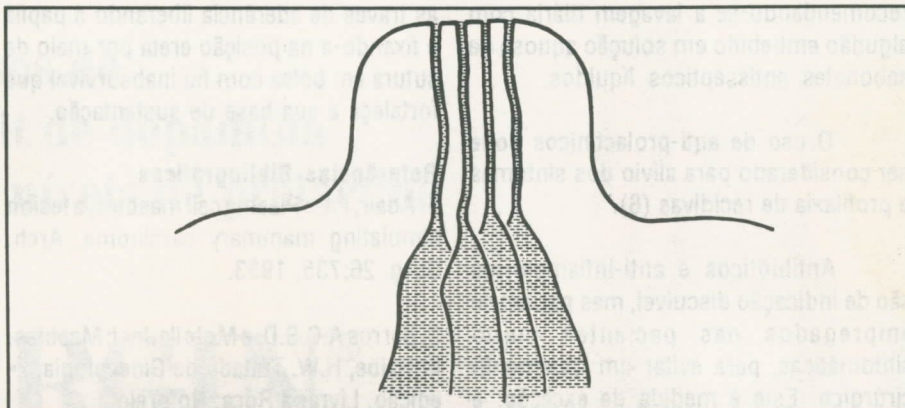


Figura 5: Esquema ilustrativo da dilatação dos ductos principais que ocorre na mastite da ectasia ductal.

também de mastite de células plasmáticas, comedomastite e varicocele mamária (1).

A dilatação de alguns dos ductos principais infra-areolares - geralmente de 3 a 5 - representa o fator principal no determinismo do quadro. Estes ductos dilatados chegam a apresentar até 0,5cm de diâmetro e exibem esta alteração por extensão de alguns centímetros abaixo do complexo aréola-papilar (figura 5).

Histologicamente estes ductos mostram-se dilatados e apresentam na parede fenômenos inflamatórios que podem ser identificados em duas fases. A mais precoce é a infiltração da parede por intenso infiltrado inflamatório com linfócitos e plasmócitos, o que justifica em parte a denominação clássica de mastite de células plasmáticas. Nesta fase, o epitélio de revestimento mostra-se intensamente degenerado permitindo o reconhecimento de numerosas células espumosas ao exame citológico do fluxo papilar.

Em fase mais tardia a celularidade

papilar e até simular clinicamente neoplasia.

A luz deste ductos contém além das células degeneradas e espumosas, material lipoproteínico com restos celulares. Estes elementos permitem o reconhecimento citológico desta entidade.

A cultura do fluxo papilar verificada nestas condições apresenta flora bacteriana mista.

As pacientes afetadas são na sua maioria multiparas, na faixa dos 50 anos. Apresentam geralmente endurecimento retroareolar, às vezes esboçando um nódulo. Frequentemente existe retração papilar, que pode ser bilateral.

As características do fluxo papilar podem variar entre aspecto viscoso e sebáceo a espesso, e de coloração amarelada ou acastanhada. O fluxo exterioriza-se mediante leve pressão, e em certos casos até espontaneamente. Prurido e sensação de queimação papilar são também referidos.

A intensidade do quadro comanda a terapêutica. Casos leves requerem apenas medidas higiênicas locais, recomendando-se a lavagem diária com algodão embebido em solução aquosa de sabonetes antissépticos líquidos.

O uso de anti-prolactínicos pode ser considerado para alívio dos sintomas e profilaxia de recidivas (6).

Antibióticos e anti-inflamatórios são de indicação discutível, mas podem ser empregados nas pacientes muito sintomáticas, para evitar um tratamento cirúrgico. Este é medida de exceção: é indicado somente mediante intenso desconforto local.

A cirurgia é baseada na ressecção dos ductos principais retroareolares. Nesta técnica, depois de incisão periareolar de alguns centímetros é ressecado a bisturi um setor de alguns centímetros de

extensão e de profundidade logo abaixo da papila. Se houver retração papilar, aproveita-se oportunidade para desfazer as traves de aderência liberando a papila e fixando-a na posição ereta por meio de sutura em bolsa com fio inabsorvível que fortaleça a sua base de sustentação.

Referências Bibliográficas

1. Adair, F.E.: Plasma cell mastites, a lesion simulating mammary carcinoma. Arch. Surg. 26:735, 1933.
2. Barros A.C.S.D. e Motolla Jr, J: Mastites. In Halbe, H.W. Tratado de Ginecologia, 2ª edição, Livraria Roca. No prelo.
3. Benson, E.A.: Management of breast abscesses. World J. Surg. 13:753, 1989.
4. Dixon, M.J.: Periductal mastites - duct ectasia. World J. Surg. 13, 715, 1989.
5. Patey, D.H. & Thackray, A.C.: Pathology and treatment of mammary duct fistula.

Lancet ii: 871, 1958.

6. Peters, F. & Schuth, W.: Hyperprolactinemia and nonpuerperal mastites (duct ectasia) JAMA 261: 1618, 1989.

7. Petti, D.A.: Tratamento não cirúrgico das fistulas de ducto mamário. Rev. Paul. Med. 104: 32, 1986.

8. Pinotti, J.A.; Shinzato, J.Y.; David S.S.: Paula, L.M.C. & Fraga, A.A.d.: Tratamento do abscesso crônico de mama: proposição de uma nova técnica. Rev. Imip. 2:9, 1989.

9. Souza, A.Z.: Peixoto, Tomioka, E.S.; Park, K.J.M.; Cha, S.C.; Gonçalves J.B.; Boccato, E. e Caiaffa, F.H. Microbiologia dos abscessos mamários. Rev. Bras. Gin. Jan-Fev.: 21, 1986.

MASTOLOGIA 94

BREAST DISEASES

8-12 Maio/May, 1994
Rio de Janeiro - Brasil